UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1953 — N° 40

LE CANCER DES LEVRES AU CENTRE ANTI-CANCEREUX D'ALGER

(Années 1951 et 1952)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1953

par

KEBBOUCHE Mohammed Larbi

Né le 5 Avril 1925

à IKHELIDJENE (Dép. de Constantine)

MEMBRES DU JURY :

MM.	DUBOUCHER, Professeur de Clinique Chirurgicale.....	Président
	LEVI-VALENSI, Professeur de Clinique Phtisiologique..	Juges
	VERGOZ, Agrégé (Chirurgie).....	
	LAFFARGUE, Agrégé (Anatomie Pathologique).....	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1953 — N° 40

LE CANCER DES LEVRES AU CENTRE ANTI-CANCEREUX D'ALGER

(Années 1951 et 1952)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1953

par

KEBBOUCHE Mohammed Larbi

Né le 5 Avril 1925

à IKHELIDJENE (Dép. de Constantine)

MEMBRES DU JURY :

MM.	DUBOUCHER, Professeur de Clinique Chirurgicale.....	Président
	LEVI-VALENSI, Professeur de Clinique Phtisiologique..	Juges
	VERGOZ, Agrégé (Chirurgie).....	
	LAFFARGUE, Agrégé (Anatomie Pathologique).....	

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. SARROUY (O. ✻ ⛭ ⚜, A. ✿ OS)
Doyens honoraires	LEBLANC (✻, ⚜, I. ✿).
	LAFFONT (C. ✻, ⚜, I. ✿ O.S)
	LEBON (C. ✻, ⚜, I. ✿).
Assesseur	ROQUES (I. ✿).

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚜, I. ✿ O.S.).
Clinique des maladies infectieuses	BENHAMOU (C. ✻, ⚜, I. ✿ OS)
Histologie et embryologie	KEHL (I. ✿).
Chimie biologique et médicale	GIBERTON (✻, I. ✿).
Matière médicale	FOURMENT (✻, I. ✿, M. A.).
Clinique obstétricale et gynécologique	LAFFONT (C. ✻, ⚜, I. ✿, OS).
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (C. ✻, ⚜, I. ✿).
Physiologie	MALMEJAC (✻, I. ✿).
Anatomie pathologique et oncologie humaine et comparée	MONTPELLIER (✻, I. ✿).
Physique médicale	PORTES (O. ✻, ⚜, I. ✿).
Clinique de dermato-syphiligraphie	HADIDA (⚜, A. ✿).
Anatomie	RIBET (de) (✻, ⚜, I. ✿).
Clinique médicale et hygiène infantile	SARROUY (O. ✻, ⛭, ⚜, A ✿ OS)
Clinique ophtalmologique et ophtalmologie intertropicale	TOULANT (O. ✻, ⚜, I. ✿).
Chimie générale pharmaceutique	GRANGAUD (A. ✿).
Clinique chirurgicale	DUBOUCHER (I. ✿).
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD (I. ✿).
Hygiène, hydrologie et climatologie	LACROIX (✻, ⚜, I. ✿, O.S.).
Pathologie générale et médicale	RAYNAUD R. (⚜, A. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚜, I, ✿).
Pharmacie chimique et toxicologie	MONNET (I. ✿).
Clinique de neuro-psychiatrie	MANCEAUX (✻, ⚜, A. ✿).
Parasitologie et zoologie médicale	MANDOUL (A. ✿).
Médecine légale et médecine du travail	THIODET (✻, ⚜, I. ✿).
Bactériologie	FABIANI (A. ✿).
Clinique urologique	SABADINI (⚜, I. ✿).
Botanique	ROQUES (I. ✿).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	GIRAUD (✻).
Clinique de phtisiologie	LEVI-VALENSI (✻, ⚜, A. ✿).
Pathologie chirurgicale	N...
Accouchement et Obstétricie sociale	HOUEL (O. ✻, ⚜, I. ✿).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. JAHIER (I. ✿).
Agrégé.

M. CHECHAN (I. ✿).
Maître de conférences.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENOIT (✻, ⁂, I. ✿).
CABANES. (✻, ⁂, I. ✿).
COURRIER (O. ✻, ⁂, I. ✿).
LEBLANC (✻, ⁂, I. ✿).

MM. ABOULKER (✻, ⁂, I. ✿).
POROT (I. ✿).
RAYNAUD M. (✻, ⁂, I. ✿).
WEBER (I. ✿).

MAITRES DES CONFERENCES AGREGES

Physiologie	MM. CHARDON.
Pharmacie	COLLET.
Médecine légale et Médecine du Travail	MM. MICHAUX.

AGREGES

Accouchement	MM. EZES.
Médecine	BOULARD.
	FABREGOULE.
	CHOUSSAT.
Pédiatrie	COMBE.
Chirurgie	BREHANT.
	LAGROT.
	LIARAS (A. ✿).
	VERGOZ (✻, ⁂, A. ✿).
Anatomie	AUBANIAC.
	BOURGEON (⁂, A. ✿, C.S.).
Histologie et embryologie	N...
Chimie médicale	LISSITZKI.
Anatomie pathologique	LAFFARGUE.
Histoire naturelle pharmaceutique	STANISLAS.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Dermato-syphiligraphie	MARILL.
Bactériologie	VARGUES.
Chimie générale pharmaceutique	N...
Neuro-psychiatrie	SUTTER (✻, ⁂).
Ophtalmologie	LARMANDE.
Odonto-stomatologie	PERI (✻, A. ✿, C.S.).
Parasitologie et Zoologie médicale	JACQUEMIN.
Hygiène	N...
Urologie	DUCASSOU.

AGREGE LIBRE

Physiologie	M. BATTEZ.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542708_0032

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE ET A MES SŒURS

« Je dédie cette thèse en leur exprimant mon affection et ma reconnaissance infinie pour leurs sacrifices et leur dévouement de tous les instants ».

A MADAME PINAUD

« En témoignage de mon affectueuse reconnaissance pour la sollicitude qu'elle m'a toujours prodiguée ».

A MONSIEUR PINAUD

En gage de ma profonde amitié

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur DUBOUCHER

Professeur de Clinique Chirurgicale.

« Nous le remercions de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse et de nous avoir aidé dans la préparation de celle-ci.

En hommage de notre profond respect et de notre entier dévouement ».

A Monsieur le Professeur LEVI-VALENSI

Professeur de Phtisiologie.

« Nous lui exprimons nôtre admiration pour la haute valeur de son enseignement que nous avons eu l'honneur de recevoir.

Nous lui sommes particulièrement reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'être membre du Jury de notre thèse ».

A Monsieur le Professeur VERGOZ

Professeur agrégé de Chirurgie.

« Son enseignement nous a été profitable. Nous lui exprimons notre gratitude, et nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse.

A Monsieur le Professeur LAFFARGUE

Professeur agrégé d'anatomie pathologique.

« Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse et lui exprimons notre reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu de lui ».

A Monsieur le Professeur MONTPELLIER

Professeur d'Anatomie Pathologique
et d'Oncologie humaine et comparée.

« Son enseignement nous a été précieux. Nous lui exprimons nos sentiments respectueux et dévoués pour sa bonté et l'accueil aimable qu'il nous à toujours réservé ».

A Monsieur le Docteur SEROR

Chirurgien des Hôpitaux.

« En témoignage de notre affectueuse reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et les conseils éclairés qu'il nous a prodigués durant la préparation de notre thèse.

En hommage de profonde gratitude ».

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur BENHAMOU

Professeur de Clinique des maladies infectieuses.

« En terminant notre externat dans son service, nous le prions d'accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration ».

A NOS MAITRES

De la Faculté et de l'Hôpital

A MES CAMARADES D'INTERNAT

De l'Hôpital d'EL-KETTAR

A MES CAMARADES

Du Centre Anti-Cancéreux d'Alger

A MON AMI

CHERIF IBNOU-ZEKRI

INTRODUCTION

Le Cancer des lèvres constitue un sujet classique, qui a fait l'objet de travaux nombreux et parfois anciens tant en France qu'à l'Etranger.

Cependant, repris à la lueur des données nouvelles, il présente toujours un grand intérêt.

Nous avons essayé d'étudier la possibilité d'existence de facteurs de cancérisation particuliers, parmi la population autochtone, (éléments arabes et kabyles) en raison de l'allure clinique parfois caractéristique des tumeurs dont ils sont porteurs. Aussi, avons-nous essayé d'analyser les éléments qui, dans le mode de vie et les causes d'agression, peuvent constituer des facteurs locaux — pourrait-on dire — de cancérisation.

Par ailleurs, au cours de notre séjour au Centre Anti-Cancéreux d'Alger, nos conceptions thérapeutiques se sont précisées : si la curiethérapie constitue en principe le meilleur traitement local, il faut, de toute nécessité, lui adjoindre, dès qu'il existe des ganglions, ou même à la moindre suspicion de métastases lymphatiques régionales un curage chirurgical. Parfois, une intervention élargie, en monobloc, parait donner des résultats

supérieurs. De toutes façons, les indications du curage cervical, en dépit de controverses toujours valables, ont été précisées, surtout dans le sens du curage précoce et élargi.

Dans ce travail, où nous allons envisager le cancer des lèvres aux divers points de vue :

— anatomo-clinique

— étio-pathogénique

— thérapeutique enfin,

nous nous proposons de rappeler et de préciser les données classiques d'une part, de dégager les aspects particuliers de ce sujet sur le plan ethnique d'autre part, et enfin, de faire un essai de systématisation du traitement des néoplasies labiales, à la lueur des conceptions récentes, notamment en ce qui concerne les métastases lymphatiques régionales où la nécessité du curage précoce et l'opportunité du curage prophylactique seront discutées et précisées.

NOTA. — Documents photographiques : Se reporter aux planches I à IX (page 103 et suivantes).

— Lorsque le texte renvoie à une observation, se reporter au tableau récapitulatif (page 121 et suivantes).

Chapitre I

A. — DONNEES STATISTIQUES

FREQUENCE DES TUMEURS LABIALES PAR RAPPORT A L'ENSEMBLE DES TUMEURS DEPISTEES AU C.A.C. D'ALGER AU COURS DES ANNEES 1951 *et* 1952

La fréquence relative, surtout chez les musulmans, du cancer des lèvres, est à souligner, sur le plan local.

Les tableaux I et II, (pages 26 et 27) objectivent la fréquence des épithéliomas des lèvres par rapport aux divers épithéliomas d'une part, aux autres tumeurs d'autre part (du point de vue histologique) et enfin par rapport aux chiffres d'atteinte des divers organes.

Nous voyons ainsi que, dans notre statistique, les épithéliomas des lèvres représentent environ 10 % des épithéliomas en général. Par rapport aux néoplasies des voies aéro-digestives supérieures, les tumeurs labiales se rencontrent dans une

I. — FREQUENCE DES EPITHELIOMAS DES LEVRES (Statistique histologique) AU COURS DES ANNEES 1951 ET 1952

EPITHELIOMAS des divers organes	EPITHELIOMAS des lèvres	SARCOMES	MELANOMES	MYELOMES	LEUCEMIES	TUMEURS NERVEUSES	TUMEURS EMBRYONNAIRES	HODGKIN
422 :	40 :	36 :	11 :	2 :	2 :	2 :	2 :	10 :
132 E	8 E	2 E	8 M	1 E	2 M	1 E	2 M	5 M
280 M	32 M	32 M	3 E	1 M		1 M		5 E
10 I		2 I						

LEGENDE : E = Européen.
M = Musulman.
I = Israélite.

II. — CLASSIFICATION PAR ORGANES
(Années 1951 et 1952)

VOIES aéro-digestives supérieures	FACE	ORGANES GENITAUX	SEIN	TUBE DIGESTIF et glandes annexes	OS	GANGLIONS	APPAREIL RESPIRATOIRE	MUSCLES	GLANDES ENDOCRINES	SANG (LEUCEMIES)
141 dont Lèvres ..... 40 Larynx ..... 38 Cavum ..... 2 Langue ..... 16 Pharynx .... 4 Cavité bucale 4 Œsophage ... 1	115	70 (F.) 4 (H.) — 74	46 dont 1 homme	29	20	14	14	6	3	2

F. : Femme.
H. : Homme.

proportion de 28,5 % et viennent au premier rang, avant les tumeurs du larynx.

Comparativement aux tumeurs des divers organes, elles occupent le quatrième rang, après les tumeurs de la face, les tumeurs des organes génitaux et celles du sein.

B. — ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

La présente étude va nous permettre de dresser une classification macroscopique des tumeurs labiales et de préciser leur origine cutanée ou muqueuse, ainsi que leur localisation par rapport aux commissures et la possibilité de cancers simultanés des deux lèvres.

I. — CLASSIFICATION ANATOMO-CLINIQUE

On rencontre en clinique, et particulièrement au C.A.C. trois variétés de tumeurs labiales qui sont par ordre de fréquence :

— les tumeurs bourgeonnantes, (voir planche I),

— les tumeurs ulcérantes et térébrantes,

— les ulcérations minimes réalisant les formes au tout début.

La forme infiltrante des néoplasies labiales, est rare en Afrique du Nord : dans notre statistique nous ne relevons que quatre cas, dont l'un, par le traitement qui lui fut appliqué, fera l'objet de certaines observations de notre part. (voir

Chapitre III, paragraphe 2, observation de M. le Professeur DUBOUCHER).

Les formes les plus fréquemment rencontrées au Centre Anti-Cancéreux d'Alger sont les deux premières et les musulmans en sont électivement affectés. Par contre les ulcérations minimes du tout début sont essentiellement rencontrées chez les Européens.

On serait tenté d'incriminer, pour expliquer ces faits, la longue évolution des tumeurs chez le musulman, avant la première consultation. En fait, l'évolution entre le début de l'affection et la date de la première consultation s'étend sur une période allant de 5 mois à 11 ans dans notre statistique, avec une « période évolutive » beaucoup plus longue chez l'Européen que chez le Musulman. Il faudrait donc admettre, chez ce dernier, une aptitude plus accusée à la prolifération et il conviendrait alors de penser aux multiples facteurs d'irritation locale, ainsi qu'à un état biologique particulier pour expliquer ces faits. Ici se pose le problème des états précancéreux et des facteurs exogènes de cancérisation que nous nous proposons de développer en étudiant les données étio-pathogéniques du Cancer des lèvres.

2. — *LE PROBLEME DES LOCALISATIONS ANATOMIQUES*

L'intérêt de cette étude anatomo-clinique est de préciser également le point de départ des tumeurs labiales qui peuvent être cutanées,

entrant alors dans le domaine des épithéliomas de la peau ou parfois à point de départ muqueux, affectant parfois les glandes salivaires accessoires réparties dans la profondeur de la muqueuse labio-jugale. Cette dualité d'origine peut expliquer certaines particularités histologiques et certaines incidences thérapeutiques que nous essaierons de préciser en abordant l'étude de ces divers chapitres. Notre statistique porte sur 40 cas qui se répartissent ainsi :

localisation cutanée : EUROPEENS : 0
MUSULMANS : 3

localisation muqueuse : EUROPEENS : 6
MUSULMANS : 2

localisation cutanéo-muqueuse :
EUROPEENS : 1
MUSULMANS : 28

Il découle de notre statistique que la localisation cutanéo-muqueuse est la plus fréquente chez le musulman ; la localisation muqueuse, étant l'apanage presque exclusif des Européens. On serait tenté de croire que cette localisation cutanéo-muqueuse chez le musulman tient à une longue évolution et résulterait de la propagation du processus néoplasique à partir d'un foyer anatomiquement et histologiquement défini. En fait, la longue évolution n'entraîne pas nécessairement cette localisation mixte, ainsi que le montre l'exemple suivant où, malgré une évolution de sept ans entre le début clinique et l'époque à laquelle

à eu lieu la transformation maligne, la lésion est restée très limitée et strictement localisée au versant muqueux de la lèvre.

« Il s'agit d'un Européen de 33 ans, T... Gabriel, qui présentait en Juin 1951 une petite ulcération superficielle de la partie médiane de la lèvre inférieure (versant muqueux); sur le frottis pratiqué le 3-7-1951, on note : « Epithélioma spino-cellulaire classe V ». (Examen du 3-7-1951 n° 5384 C). La biopsie confirme le cyto-diagnostic et révèle un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés. Le début apparent de la lésion remonte à l'année 1944, époque à laquelle le sujet signale une brûlure par cigarette de la région médiane de la lèvre inférieure. La cicatrisation se serait effectuée normalement mais la région brûlée restait toujours sensible, notamment au contact des aliments chauds puis elle s'ulcère à nouveau, à intervalles variables. La lésion, à la première consultation, présente les dimensions d'une lentille et reste nettement localisée au versant muqueux de la lèvre ».

Une telle évolution se trouve bien plus rarement chez le musulman ce qui nous incite à émettre l'hypothèse que, chez ce dernier, l'état local (état précancéreux probablement) et l'état humoral seraient parmi les facteurs de cette évolutivité à grandes enjambées, qui ne s'embarrasse pas des frontières histologiques.

En outre, la localisation cutanée ou muqueuse comporte comme nous l'avons dit plus haut, des caractères cliniques, histologiques et thérapeutiques qu'il importe de préciser.

En effet, le cancer du versant cutané de la lèvre doit être considéré comme un cancer de la face, se différenciant du cancer muqueux :

a. — cliniquement : par une atteinte ganglionnaire tardive et peu exubérante, même lorsqu'il est de dimensions appréciables. « Il tue souvent

par cachexie », comme on l'a dit mais présente néanmoins des métastases régionales.

b. — histologiquement : par le développement de ces tumeurs aux dépens de l'épiderme le plus souvent et exceptionnellement aux dépens des annexes de la peau.

c. — du point de vue thérapeutique, enfin, par le fait que ces cancers cutanés peuvent guérir simplement par la neige carbonique ou diathermocoagulation (IMBERT, Cancer des Lèvres, Marseille 1939). Mais il ne faut pas trop y compter. Toutefois, l'aiguillage au radium, l'excision, présentent beaucoup plus de sécurité.

Il est également intéressant, du point de vue anatomique, de préciser la localisation du Cancer des lèvres par rapport aux commissures. Dans son ouvrage, IMBERT, étudiant la fréquence des localisations respectives chez les malades vus au Centre Anti-Cancéreux de Marseille, indiquait la répartition suivante.

— localisation à la lèvre inférieure : 75 %
— localisation à la lèvre supérieure : 10 %
— localisation aux commissures : 10 %

Notre statistique comporte 40 cas dont 7 cas de localisation commissurale, soit 17,5 %, avec :

— une participation de la lèvre inférieure dans 4 cas.
— une participation de la lèvre supérieure dans 3 cas.

L'intérêt de l'étude de ces localisations commissurales tient d'une part à leur rareté que les statistiques métropolitaines confirment bien plus

que les statistiques nord-africaines ; d'autre part à leur caractère éminemment douloureux et à leur tendance à envahir la muqueuse jugale ; enfin au fait que l'extension au maxillaire et vers le bas (gencive et os) peut se produire, alors qu'elle remonte peu, laissant toujours libre, même à une phase avancée de la maladie, le cul-de-sac gingivo-génien supérieur (IMBERT).

3. — *LES CANCERS SIMULTANES DES DEUX LEVRES*

Signalons enfin que le cancer simultané des deux lèvres a été rencontré chez trois de nos malades (1). On incrimine à l'origine de ces cancers doubles soit la greffe d'une lèvre à l'autre, réalisant le « Kissing-Cancer » soit la dégénérescence simultanée de plusieurs plaques de leucoplasie.

Le Kissing-Cancer a été suspecté chez deux de nos malades et a été infirmé dans les deux cas par le cyto-diagnostic ou l'examen histologique.

« Le premier cas concerne un Musulman, S... Aïssa (voir fig. I planche II) âgé de 65 ans, qui présentait lors du premier examen une ulcération bourgeonnante siégeant sur tout le versant cutané de l'hémi-lèvre supérieure droite, à partir de la base du nez et empiétant sur la région malaire. En outre le versant muqueux de la lèvre est légèrement ulcéré. Une biopsie pratiquée le 29-10-1951 montre « un épithélioma malpighien lobulé assez différencié mais sans kératinisation » (n° 5 782 C). Le malade subit un aiguillage radifère (10

---

(1) Voir observ. XI, XV, XXX. (tableau récapitulatif).

aiguilles de 2 mmg) du 30-10-1951 au 8-11-1951. (32,58 millicuries détruites).

L'évolution des lésions se fait favorablement mais, à la date du 1-4-1952, on constate, face à l'ulcération muqueuse de la lèvre supérieure, une ulcération homologue de la lèvre inférieure. La possibilité d'un « Kissing cancer » est soulevée mais la biopsie (n° 5 782 du 4-4-1952) montre :

1. — au niveau de la lèvre supérieure un « épithélium de surface hyperkérastosique. Le stroma présente une sclérose dense dans laquelle se trouvent des éléments cellulaires malpighiens dégénérés avec cytoplasme acidophile et noyau plus ou moins pycnotique et décrivant un dispositif finement trabéculaire ».

2. — au niveau de la lèvre inférieure un « épithélium malpighien de surface avec quelques éléments hystiocytaires. Dans la zone papillaire, rares éléments malpighiens à noyau bourgeonnant ».

Le second cas concerne un Européen M... Joseph, âgé de 75 ans, venu consulter le 12-2-1952 pour une ulcération de la grosseur d'une lentille siègeant sur le versant muqueux de la lèvre inférieure, au niveau de la région médiane. La lésion est indurée, infectée et saigne au moindre contact. Un cyto-diagnostic (n° 5 193 du 25-1-1952) révèle « présence de nombreux groupes de cellules malignes. Epithélioma baso-cellulaire classe V ». La biopsie (n° 6 403 C du 21-2-1952) confirme la malignité de la lésion et affirme sa variété spino-cellulaire. Sans nous arrêter sur l'apparente opposition du cyto-diagnostic et de la biopsie, quant à la nature de l'épithélioma — cette opposition devant être soulevée et interprétée plus loin à propos d'autres cas — notons que les deux examens sont concordants quant à la malignité de la tumeur.

A la date du 7-2-1952, entre les deux examens, cytologique et histologique, précédents, apparaît, sur le versant muqueux de la région médiane de la lèvre supérieure, une ulcération de la grosseur d'un grain de plomb. Le cyto-diagnostic (n° 5.204 du 16-2-1952) conclut à l'absence d'éléments suspects. Au surplus, la lésion disparait le 18-2-1952 et un nouveau cyto-diagnostic se révèle négatif.

Ainsi, sans nier la réalité du « Kissing-Cancer », on peut affirmer sa rareté, tout au moins si nous nous rapportons à notre statistique dans laquelle nous ne relevons pas un seul cas vrai. Cette rareté implique enfin que, l'affirmation d'un « Kissing-Cancer » doit toujours s'appuyer sur un examen anatomo-pathologique minutieux.

Mais les cancers simultanés des lèvres peuvent connaître d'autres mécanismes : la dégénérescence simultanée de plusieurs plaques de leucoplasie a été invoquée ; nous ne relevons aucun cas analogue dans notre statistique où, au surplus, le cancer sur plaque de leucoplasie n'a pas la fréquence qui lui est classiquement reconnue. Enfin, les cancers à point de départ commissural et notamment ceux qui procèdent par ulcération des deux bords en charnière représentent également un mode de production du cancer simultané des deux lèvres par extension symétrique à partir de la lésion commissurale. Nous relevons dans notre statistique un cas qui semble entrer dans ce cadre :

Il s'agit d'une Musulmane de 45 ans M... Khadidja (voir fig. 3 planche II) entrée au C.A.C. d'Alger le 30-4-1951 pour ulcération de la moitié gauche de la face, à laquelle participent les deux lèvres (hémi-lèvre supérieure gauche, lèvre inférieure en totalité), la partie inférieure du sillon naso-génien et la partie inférieure de la joue gauche. La commissure gauche est entièrement détruite. La biopsie (n° 5086 C du 17-5-1951) révèle un épithélioma baso-cellulaire avec dégénérescence cylindromateuse. L'interrogatoire permet de situer cette lésion exceptionnelle au niveau de la commissure gauche qui a été en 1947, le siège d'une ulcération qui affectait en outre le sillon naso-génien.

Telle se présente l'étude anatomo-clinique du cancer des lèvres faite sur les cas vus au C.A.C. d'Alger. Nos conclusions, sur ce chapitre, rejoignent sensiblement celles des auteurs métropolitains, notamment en ce qui concerne la fréquence des localisations. Sur 40 cas vus au cours des années 1951 et 1952, cette fréquence s'établit ainsi :

— lèvre inférieure : 28 cas, soit 67,5 %,

— lèvre supérieure : 9 cas, soit 22,5 %,

— localisation sur les 2 lèvres : 3 cas, soit 10 %,

— participation de la commissure : 7 cas, soit 15 %.

La comparaison nous permet de conclure à la plus grande fréquence des cancers commissuraux en milieu algérien mais les résultats concordent grossièrement quant à l'ordre de fréquence des localisations, avec toutefois un pourcentage de cancers de la lèvre supérieure plus élevé dans notre statistique que dans les statistiques classiques.

Chapitre II

CARACTERISTIQUES HISTOLOGIQUES

C'est une notion classique également que nous envisageons en étudiant le cancer des lèvres au point de vue anatomo-pathologique. Le type histologique le plus fréquemment rencontré est l'épithélioma spino-cellulaire, la variété baso-cellulaire constituant une exception.

En effet, dans notre statistique, sur 40 cas, nous dénombrons :

— 28 épithéliomas spino-cellulaires.

— 2 épithéliomas intermédiaires,

— 1 épithélioma peu différencié (lèvre supérieure),

— 8 épithéliomas baso-cellulaires dont 1 de la face (épithéliomatose multiple), 4 de la lèvre supérieure et 3 de la lèvre inférieure ;

1 mélanome de la lèvre inférieure (voir fig. 1 planche III).

Un deuxième cas de mélanome a été vu à la consultation au C.A.C. (Décembre 1952) et était cliniquement suspect.

Outre la répartition des variétés histologiques, cette étude anatomo-pathologique comporte des incidences thérapeutiques qu'il semble utile de signaler. Nous voulons insister sur la nécessité de la biopsie systématique, nécessité soulignée par la discordance fréquente entre les résultats de cet examen, et de ceux du cyto-diagnostic. Notre remarque est provoquée par l'observation de 2 cas ; elle ne mérite pas moins d'être signalée.

Le premier cas concerne un Musulman B... Larbi, âgé de 45 ans, qui, à son entrée le 15-4-1952 présentait une ulcération cutanéo-muqueuse de la lèvre supérieure à siège médian, ayant détruit en grande partie la lèvre et d'aspect nécrosant. La biopsie (n° 6 820 C du 17-4-1952) révèle : « Epithélioma malpighien baso-cellulaire avec de rares points en évolution vers la métatypie intermédiaire. Index mitotique élevé ».

Le cyto-diagnostic pratiqué précédemment (Dr ALCAY) révèle : « Image d'épithélioma spino-cellulaire ».

Le second cas est celui d'un Européen M... Joseph âgé de 75 ans, dont nous avons résumé l'observation (page 34). Le cyto-diagnostic, pratiqué en premier lieu affirmait la variété baso-cellulaire de sa tumeur alors que la biopsie, faite ultérieurement, montrait une image d'épithélioma spino-cellulaire.

Dans ce dernier cas, on pourrait émettre, pour expliquer cette discordance, l'hypothèse d'une évolution histologique entre les deux examens. Mais notre premier cas infirme cette hypothèse, la biopsie ayant été faite bien après le cyto-diagnostic.

Ces quelques remarques permettent de souligner la nécessité de la biopsie dans tous les cas et ceci, non seulement pour la précision du diagnostic anatomo-pathologique mais aussi en raison des incidences thérapeutiques qu'un tel diagnostic implique. Parlant du rôle de la biopsie comme moyen diagnostic, Mme MUSSINI-MONTPELLIER écrit : « Mais loin de se contenter de ce premier rôle déjà fort important, la biopsie tend de plus en plus, en matière de cancérologie surtout, à apporter une large contribution dans les directives thérapeutiques et pronostiques ».

En effet, pour les néoplasies cutanées à prédominance ou à participation labiale, une thérapeutique chirurgicale d'excision, suivie de greffe est possible. Mais cette thérapeutique d'excision localisée concerne essentiellement les tumeurs non infiltrantes, comme le soulignent MM. LAGROT, GRECO, CORIAT et PY dans une communication relative aux « Epithéliomas cutanés baso-cellulaires traités par excérèse suivie de greffe cutanée ». (Bulletin Algérien de Carcinologie N° 13, année 1952). Or, la mobilité sur les plans profonds est pendant longtemps la règle dans l'évolution des épithéliomas baso-cellulaires. En outre, selon les auteurs précités, la bénignité carcinologique de telles tumeurs permet de se dispenser de l'exérèse du territoire lymphatique correspondant, en règle, non envahi. Une radiothérapie complémentaire est toutefois préconisée sur la région excisée.

Quant au rôle pronostique de la biopsie, il est d'une importance certaine, et nous connaissons la relative bénignité, en matière de cancer des lè-

vres, de l'épithélioma baso-cellulaire, et la malignité plus grande des variétés spino-cellulaires.

Toutefois, si cette constatation est valable en ce qui concerne les néoplasies de la face cutanée de la lèvre, notre statistique ne nous permet pas d'être formels en ce qui concerne les tumeurs labiales localisées à la muqueuse.

Chapitre III

EVOLUTION DES TUMEURS LABIALES

Comme nous l'avons fait remarquer dans la première partie de notre travail, la rapide évolution du cancer des lèvres chez la majorité des malades musulmans demeure une des caractéristiques de cette affection sur le plan ethnique.

Cette évolution, à la foi locale et régionale présente, outre un intérêt anatomo-clinique certain, un intérêt thérapeutique indéniable puisqu'elle conditionne les modalités de traitement nécessitées par l'extension régionale d'une affection qui, si elle présente peu d'aptitude à essaimer à distance, est cependant volontier lymphophile, atteignant électivement, et en premier lieu, les chaînes cervicales.

Les conséquences anatomiques d'une telle évolution se traduisent donc, d'une part par l'accroissement de la lésion primitive et son extension aux tissus voisins : (joues, gencives, et parfois maxillaires), d'autre part par les métastases ganglionnaires cervicales.

I. — *L'ACCROISSEMENT DE LA LESION PRIMITIVE*

Ainsi que nous l'avons fait remarquer dans l'étude anatomique, l'évolution de la lésion primitive affecte deux types principaux chez le musulman : alors qu'elle est assez limitée dans le temps chez l'Européen, elle prend chez le Musulman et assez fréquemment les formes bourgeonnantes ou exubérantes pour une même durée évolutive. (Voir planche I).

La répartition selon les formes macroscopiques, compte tenu de la durée d'évolution s'établit comme suit :

FORMES ANATOMIQUES	MUSULMANS		EUROPEENS	
	Nombre	Durée d'évolution	Nombre	Durée d'évolution
Forme bourgeonnante	10	2 mois à 6 ans	0	
Forme ulcérative (étenduc)	1	10 mois	1	11 ans
Forme ulcéro-végétante	15	5 mois à 1 an et demi	0	
Petite ulcération limitée à la lèvre sans extension aux tissus avoisinants	6	10 mois à 2 ans	7	3 ans à 7 ans

Le tableau ci-dessus nous permet d'attirer l'attention sur l'absence des formes bourgeonnantes et mutilantes chez l'Européen et ce, malgré une durée évolutive allant de 3 à 11 ans avec un chiffre moyen de 6 ans. Par contre, entre le début des lésions et la date de la première consultation, l'évolution chez le Musulman s'étend sur une durée de 2 mois à 6 ans, avec une moyenne de 2 ans. Toutefois, il convient de préciser que la malignité n'est pas affirmée au moment de la lésion locale. Ces remarques rejoignent l'hypothèse soulevée au chapitre I, à savoir l'aptitude particulière à l'extension des tumeurs labiales chez le Musulman et ce, dans un délai relativement limité. Il n'est pas illogique d'attribuer ce fait à une prédisposition locale et générale sur laquelle nous reviendrons lors de l'analyse des diverses données étio-pathogéniques pouvant être soulevées à propos du cancer des lèvres.

2. — *L'EXTENSION AUX TISSUS VOISINS DE LA TUMEUR PRIMITIVE*

Cette « évolutivité à grandes enjambées » chez le musulman entraîne comme corollaire une extension rapide aux tissus voisins. En effet, dans notre statistique nous ne relevons qu'un cas de cancer affectant la lèvre et le sillon naso-génien chez l'Européen (Mme S... Maria, K 4/52, obs. XXX) alors que chez le Musulman nous rencontrons des propagations aux divers éléments anatomiques de la face se répartissant ainsi :

— Propagation à la joue et au sillon naso-

génien : 1 (M... Khadida K 175/51, fig. 3 planche II, obs. XI).

— Extension au maxillaire : 1. (Figure 2 planche III).

Extension à la région mentonnière : 4.

O... (K 286/52).

Z... Bachir K 219/52, (fig. 3 planche III, obs. XVI).

S... Omar (fig. 1 planche IV, obs. XXIV).

Z... Kaci K191/51 (fig. 1 planche I, obs. XXV).

Extension au rebord alvéolaire à la joue et au sillon naso-génien : 1

L... Aissa K 218/52 (fig. 2, planche IV, obs. XXI).

Notre Maître le Professeur DUBOUCHER a signalé un cas de cancer de la lèvre inférieure à forme subaiguë et nécrosante, envahissant rapidement non seulement les tissus voisins, mais aussi les ganglions. Ainsi se constitua en 3 ou 4 mois, une masse énorme dure, profondément infectée et entourée d'une large infiltration étendue au menton, à la région sous-maxillaire et de là au plancher de la bouche. Les médications désinfiltrantes eurent un succès temporaire. La chirurgie n'était plus possible et l'aiguillage bien difficile. Quant à la radiothérapie, elle fut inopérante.

Cette extension aux tissus avoisinants peut comporter des incidences thérapeutiques particulières. En effet, nous relevons dans « Acta Medica Belgica » (Fascicule 4-5, vol. 6, 1951) sous le titre :

« Traitement des cancers buccaux intéressant le maxillaire inférieur » (MOULONGUET, MALLET et CERNEA) les remarques suivantes :

« Les cancers épithéliaux évoluant dans la bouche, au voisinage du maxillaire inférieur présentent des caractères communs. Ils ont tendance à envahir le tissu osseux et ne peuvent être traités efficacement que si l'on parvient à détruire leurs prolongements intra-osseux. Cette destruction osseuse, accompagnant la coagulation électrique des tissus non envahis par le cancer constitue un temps chirurgical indispensable... ».

Notons toutefois que cette extension au maxillaire est peu fréquente, comme l'indiquent les données classiques. IMBERT (Cancer des lèvres. Marseille 1939) semble voir dans les localisations commissurales la cause majeure de l'extension néoplasique au tissu osseux. Notre statistique ne comporte qu'un cas d'extension au maxillaire inférieur, la tumeur labiale ne semblant pas avoir une localisation commissurale primitive. (1).

La propagation aux tissus mous de la face est plus fréquente puisqu'elle constitue le premier stade de l'extension du cancer des lèvres. Le traitement de ces atteintes des tissus mous se confond généralement avec celui de la lésion primitive.

3. — *LES METASTASES GANGLIONNAIRES REGIONALES*

L'intérêt de l'étude du cancer des lèvres quant à son évolution, réside également dans son apti-

---

(1) *Voir fig. 2, planche III.*

tude à la métastase ganglionnaire. A l'intérêt anatomo-clinique évident qui est basé sur la systématisation des lymphatiques des lèvres, s'ajoute un intérêt thérapeutique non moins certain puisque la métastase ganglionnaire est justiciable le plus souvent du curage cervical sur les modalités duquel nous reviendrons.

La métastase ganglionnaire du cancer des lèvres étant conditionnée par la disposition des voies lymphatiques, nous allons en donner une brève systématisation.

Au niveau de la lèvre inférieure, les lymphatiques constituent un réseau capillaire fin et serré s'avançant par trois trajets :

— un trajet médian constituant les vaisseaux sous-mentaux au nombre de un à huit dont les dimensions sont inversement proportionnelles au nombre. Sous-aponévrotiques en majorité, ils évacuent vers les ganglions sous-maxillaires préglandulaires et vers le groupe moyen de la région cervicale. Cette évacuation se fait des deux côtés d'où l'intérêt du curage bilatéral avec ou sans résection de la jugulaire.

— latéralement les groupes sous-maxillaires pré et rétro-glandulaire et pré et rétro-vasculaire évacuent leur contenu vers la chaîne jugulaire. En outre, une voie superficielle est disposée le long de la veine faciale, une voie profonde le long de l'artère faciale.

Les lymphatiques de la lèvre supérieure s'ordonnent en 5 voies : les deux principales suivent le trajet des commissures pour se rendre aux ganglions sous-maxillaires pré et rétro-glan-

dulaires ; deux voies accessoires vont vers les ganglions pré et sous-auriculaires. Enfin une voie assez rare, signalée par SASSIER, se rend vers les ganglions sous-mentaux.

La multiplicité et la disposition de ces voies explique le caractère essentiellement lymphophile du cancer des lèvres.

La fréquence des métastases ganglionnaires cliniquement décelables est variable selon les auteurs :

— 38 % pour IMBERT ;

— 33 % pour DILREY ;

— 20 % pour CADE ;

— 10 % pour HALL.

Par contre ROUX-BERGER et LACASSAGNE affirment en 1927 que le cancer des lèvres évolue dans 60 % des cas sans atteinte ganglionnaire. La même opinion est exprimée par TAYLOR et NATTANSON en 1939.

Dans notre statistique, sur 40 cas nous trouvons 22 fois des ganglions suspects à l'examen clinique. Mais l'atteinte histologique n'a été vérifiée que dans 1 cas d'une façon précise. (1).

La négativité de l'examen histologique est un fait de constatation courante mais elle n'aurait de valeur, comme le souligne notre Maître le Dr. SERGR que si elle pouvait porter sur une multitude de coupes intéressant tous les ganglions (2).

---

(1) Observ. III.

(2) Mémoire adressé à l'Académie de Chirurgie (1952).

Cette discordance entre l'atteinte clinique et l'atteinte histologique des ganglions peut toutefois être interprétée dans le cadre de la pathologie locale. En effet, la plupart de nos malades sont des musulmans dont les divers systèmes, notamment les systèmes de défense, en proie à des agressions multiples, sont le siège de réactions inflammatoires constantes. Il n'est donc pas illogique de penser qu'un système ganglionnaire qui a déjà été remanié par les infections multiples auxquelles est sujet l'autochtone dès sa naissance bien souvent, soit un terrain peu propice au développement des métastases cancéreuses. Bien souvent, du reste, l'examen anatomo-pathologique de ganglions résultant de curages cervicaux, s'il n'apporte pas la preuve de la métastase cancéreuse, met en évidence d'une façon quasi constante un état réactionnel des ganglions correspondant soit à des agressions banales, soit à des agressions spécifiques (syphilis, tuberculose), soit enfin à une influence toxinique néoplasique aboutissant à une homogénéisation du ganglion. (Thèse de FAGE).

Pour ce qui est de l'ordre d'atteinte des territoires ganglionnaires, DUBOIS-ROQUEBERT, dans sa thèse (Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux épithéliomas des lèvres et de la langue, Paris 1924) donne les chiffres suivants établis sur 53 observations de néoplasies labiales :

— ganglions sous-maxillaires : 75 %.
— ganglions sous-hyoidien : 16,9 %.
— ganglions carotidiens : 5,6 %.
— ganglions parotidiens : 3,70 %.

Bilatéralité des adénopathies :

— sous-maxillaires : 11 cas sur 53.

— sous-maxillaires et carotidiens : 2 cas.

— sous-maxillaires et sus hyoïdiens : 5 cas.

Comme le remarque l'auteur il faut établir une distinction entre :

— ganglions sains mais avec hypertrophie fonctionnelle,

— ganglions infiltrés par des pyogènes ou la tuberculose,

— ganglions cancéreux.

Suivant les statistiques, l'atteinte histologique est confirmée dans 33 à 80 % des cas. Toutefois cette atteinte peut exister même en dehors d'adénopathies cliniquement décelables : c'est ainsi que HAYES MARTIN et ses collaborateurs signalent dans la revue « Cancer » (Mai 1951) que sur 200 monoblocs, ils relèvent 17 % d'envahissement histologique avec silence clinique. Il est vraisemblable que les statistiques ne sont pas homogènes ; aussi, y a-t-il lieu de rappeler la classification de LACASSAGNE en ce qui concerne l'adénopathie :

— au stade I, on ne note pas de ganglions ou s'ils existent, ils sont mobiles et sans aucun caractère d'envahissement néoplasique.

— au stade II, l'adénopathie est suspecte, mais sans caractères précis pathognomoniques : la vérification histologique doit être systématique dès lors. Au cours de ces deux premiers stades,

la lésion labiale est encore limitée, et ne dépasse pas les limites de la lèvre. La proportion de l'intégrité lymphatique est d'environ 2/3.

— au stade III, l'adénopathie est volumineuse et fixée. La lésion labiale mesure alors plus de 2 cm et dépasse la lèvre, atteignant, à un degré de plus, les tissus voisins et le maxillaire. L'intégrité lymphatique est de 1/3 seulement à partir de ce stade.

4. — *LES METASTASES ELOIGNEES*

Enfin, à côté de ces métastases ganglionnaires qui sont les plus fréquentes, sinon les seules en matière de cancer des lèvres, nous relevons dans notre statistique un cas où des troubles psychiques ont émaillé l'évolution de la néoplasie labiale :

Il s'agit d'un Musulman de 63 ans (S... Omar, K 137/51) présentant une tumeur bourgeonnante de la région labio-mentonnière. L'électro-encéphalogramme avait révélé une souffrance cérébrale diffuse et nous avions émis l'hypothèse d'une métastase cérébrale. Les troubles psychiques se sont amendés progressivement, en même temps d'ailleurs que la tumeur primitive qui avait été traitée par aiguillage radifère.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé mention de métastase éloignée : le génie cancéreux est ici simplement régional. Mais il peut être très étendu, des deux côtés du cou, atteindre, et même dépasser la clavicule, d'où la nécessité de curages étendus. « La clinique est un calcul de probabilités trop imprécis pour qu'on fasse foi de façon absolue en elle. Mieux vaut, dans les limites du raisonnable, là comme ailleurs en matière de cancer, pécher par excès plutôt que par insuffisance ». (Professeur DUBOUCHER).

5. *INTERPRETATION PHYSICO-CHIMIQUE*

Le problème de la métastase a été abordé du point de vue physique et DALE REX CONNAN, étudiant l'adhérence des cellules cancéreuses entre elles (Mechanism of the invasiveness of Cancer ; Science, Avril 1947, n° 2727 p. 347) a montré que l'on pouvait séparer l'une de l'autre deux cellules cancéreuses adhérentes l'une à l'autre par micro-manipulation et en appliquant une force bien moindre que celle qu'il faudrait pour séparer deux cellules normales ou de tumeurs bénignes. Expérimentant sur des cellules labiales l'auteur a trouvé que la force vraie nécessaire pour séparer 50 paires de cellules épithéliales normales squameuses était de 1,24 mg ; la force nécessaire pour séparer 50 paires de cellules cancéreuses était seulement de 0,47 mg soit environ 1/3 de la valeur normale. L'auteur conclut que cette différence physique entre les cellules des tumeurs malignes et les cellules normales ou appartenant à des tumeurs bénignes est le premier pas vers la compréhension du pouvoir envahissant du cancer « Il est difficile, dit-il, d'envisager un mécanisme d'invasion si les tumeurs sont composées de masses de cellules compactes, serrées et adhérentes. Cependant, si les cellules ne sont que faiblement attachées les unes aux autres, facilitant une séparation complète, de telles cellules sont alors libres de pénétrer dans les tissus adjacents par des mouvements amoeboïdes ». Il résulte d'expériences citées par l'auteur, que la diminution « d'adhésivité » des cellules cancéreuses, dépend essentiellement de la déficience locale en calcium. Cette fragilité de la force adhésive des cellules

cancéreuses entre elles était déjà soupçonnée par KNOX lorsqu'il recommandait d'éviter la palpation intempestive des tumeurs, tant au cours de l'examen clinique que d'une intervention éventuelle. (Cité par DUBOIS ROQUEBERT. Thèse).

Chapitre IV

DONNEES ETIO-PATOGENIQUES

a. — *JUSTIFICATION DE L'ETUDE ETIO-PATHOGENIQUE*

La recherche de l'étio-pathogénie en matière de Cancer des lèvres et de la région bucco-pharyngée paraît justifiée si l'on considère que cette affection, dont l'exceptionnelle fréquence en Indochine est à souligner, reconnait dans ce pays une étiologie précise.

En effet, JOYEUX, dans son livre : « Le Cancer au Sud Viet-Nam (JOYEUX et NGUYEN VAN NGUYEN. Institut du Cancer de Hanoï, 1950) souligne cette fréquence, chez l'homme surtout. En effet, sur 100 cancers digestifs, écrit-il, 89 sont localisés au vestibule bucco-pharyngé (y compris les glandes salivaires). Cette surabondance est interprétée par les auteurs comme due à des facteurs oncogéniques précis : l'aniline servant à colorer la chaux qui entre dans la composition de la chique de bétel ; la chique elle-même, éga-

lement cancérigène ; le minium et l'huile servant à la fabrication du tabac dit « chinois ». Ces auteurs soulignent en outre la diminution des cancers bucco-pharyngés avec l'usage de moins en moins fréquent de la chique de bétel et du tabac chinois.

Mais ces facteurs chimiques constituent des causes exogènes à côté desquelles il convient de considérer l'état de prédisposition locale, et même générale, qui leur permet d'agir comme facteurs déclenchants d'un processus spécifique. Aussi convient-il de considérer, du point de vue étiopathogénique, les données accessibles à l'observation et à l'expérimentation et qui, sur le plan ethnique, seraient susceptibles d'expliquer la genèse du cancer des lèvres.

b. — *Les facteurs classiques de cancérose labiale.*

Tout d'abord, il convient de souligner que tout état de cancérose est défini à l'origine « par un substrat caractérisé par des états anatomiques et lésionnels, souvent protéiformes, mais se trouvant unis par l'existence d'un même processus intime, lequel constitue l'essence même de la qualité biologique précancéreuse ». (MONTPELLIER. L'état Précancéreux, 1911 p, 22).

I. — *CHEILITES GLANDULAIRES*

En matière de cancer des lèvres, l'état lésionnel par excellence qui, à l'échelle anatomique et histologique semble préluder à la genèse du cancer, est représenté par la chéilite glandulaire.

C'est cette entité anatomo-pathologique que nous allons essayer de définir.

Les chéilites glandulaires sont connues depuis 80 ans ; la forme hyperplasique simple représente, parmi ces états, le plus fréquent et le plus discret. Bien que les différentes formes aient été décrites par TOURAINE, qui a inspiré en outre la thèse de SAMBRON (« Les chéilites glandulaires ; Paris 1937), les observations françaises restent rares : on note en effet, le travail de GOUGEROT et celui de WEISSENBACH en 1938 et 1939, et une thèse de CALVET (Un état précancéreux de la lèvre inférieure : la chéilite glandulaire (maladie de WOLKMANN-BOELZ), Paris 1934). On peut faire les mêmes constatations à l'Etranger, où on relève parmi les auteurs ayant consacré un travail à la question : BERNARD (1935), MICHALOWSKI (1948) WULF et SUHR à Hambourg (1948).

Cependant, la connaissance des chéilites glandulaires présente un intérêt indéniable, car les connaître et les reconnaître, c'est du même coup prévoir, diagnostiquer et traiter précocement maints cancers de la lèvre inférieure. Aussi, est-ce une question qui doit intéresser le dermatologiste, le carcinologue, le chirurgien et le praticien surtout. Du point de vue de leur fréquence, on peut dire avec TOURAINE qu'il suffit de chercher les chéilites pour en trouver.

Du point de vue étiologique elles consistent en une hyperplasie totale ou partielle des glandules salivaires aberrants situés dans la lèvre inférieure surtout et qui, embryologiquement naissent de bourgeons initialement pleins développés à l'intérieur ou au contact immédiat de la muqueuse qui leur donne naissance. Ce développement,

assez tardif, date du quatrième mois environ. TOURAINE range cette displasie dans les naevi tardifs. L'âge où le diagnostic est porté est rarement inférieur à 20 ans.

L'influence de la race, du sexe, de l'hérédité, de la tuberculose (retenu par FOX et MAC LEOD) ainsi que de l'alcoolisme et des troubles métaboliques (diabète, hyperchlolestérolémie) est diversement interprétée. L'action de ces facteurs est niée par TOURAINE ; par contre certains facteurs sont davantage retenus : abus du tabac, tartre, pyorrhées, caries, chicots, stomatites, glossites érosives, qui interviennent pour favoriser les chéilites infectées et par là même, le développement du cancer. SUTTON, pour sa part, admet une prédisposition congénitale à l'hyperplasie du tissu glandulaire de la bouche et des lèvres. Enfin, d'autres auteurs ont fait de ces chéilites l'apanage des sujets présentant une tendance à la sénilité prématurée, à la kératose sénile ou aux épithéliomas baso-cellulaires de la face.

Cliniquement, la lésion fondamentale est une hyperplasie partielle ou totale des glandules salivaires hérérotopiques des lèvres. La chéilite glandulaire simple ou maladie de PUENTE est caractérisée par cette seule hyperplasie : on note une dépression en entonnoir, sertie par un halo leucoplasiforme pouvant s'élargir ou entrer en coalescence avec d'autres halos, donnant l'aspect d'un revêtement continu leucoplasiforme ou réticulé. La dépression est continuée en profondeur par un canal filiforme parfois cathétérisable.

L'expression de la lèvre donne le signe de la « rosée d'expression » de TOURAINE, de même que la palpation donne le signe des « grains de

plomb », interprétés comme des adénomes salivaires.

Cette chéilite ne se traduit par aucune douleur ni gêne fonctionnelle et, partant, est souvent ignorée ou négligée par le malade. Les complications secondaires se développent toujours sur une telle chéilite : chéilite glandulaire suppurée profonde ou maladie de VOLKMANN ; chéilite glandulaire suppurée superficielle ou maladie de BAELZ. La chéilite suppurée à tendance à gagner les commissures, les joues, la lèvre supérieure. L'inflammation peut, dans cette forme gagner la zone cutanée de la lèvre, pouvant expliquer ainsi l'éclosion d'épithéliomas cutanéo-muqueux.

L'étude anatomo-pathologique de ces affections a été faite par SUTTON (1909) puis par les auteurs de langue espagnole, (PUENTE, ACEVEDO, COVISA, BEJARANO et GAY PIETRO).

Dans la chéilite simple les glandes sont du type acino-tubuleux, avec prédominance des cellules muqueuses en grande activité sécrétoire. La paroi des acini est très accusée et le conjonctif péri-acinien présente une légère réaction inflammatoire. Les canaux excréteurs sont tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié aux dépens duquel parait se développer l'épithélioma sur chéilite. La muqueuse labiale voisine est hyperplasiée avec une couche de malpighi hypertrophiée présentant des figures de dyskératose et un grand développement des bourgeons interpapillaires ; le chorion présente une légère surcharge lympho-plasmocytaire.

Les mêmes constatations sont faites dans les

chéilites suppurées où l'on note en outre une exagération des papilles dermiques et des bourgeons interpapillaires, avec infiltration lympho-plasmocytaire plus dense autour des glandes et du chorion.

Un problème diagnostique se pose naturellement à propos de ces chéilites : on nē confondra pas la chéilite simple avec :

— l'eczéma aigu ou subaigu
— les kystes muqueux de rétention
— les adénomes
— la maladie de FORDYCE ou état ponctué réticulaire de la lèvre
— le lupus vulgaire
— l'eczéma chronique
— la leucoplasie banale, ainsi que la chéilite chronique hyperkératosique.

Les chéilites suppurées prêteront à discussion dans leurs formes aigues avec :

— l'eczéma aigu
— la catochéilite des moissonneurs
— l'impétigo
— l'herpès récidivant de la bouche.

On discutera en outre un chancre syphilitique ou une chéilite exfoliatrice de CROCKER.

Ces chéilites glandulaires étant définies du point de vue étiologique, anatomo-clinique et histologique, quelle est leur valeur nosologique dans l'éclosion du cancer des lèvres ?

Dans leurs diverses variétés, la statistique montre que ce sont des états éminemment précancéreux ; la conception de la chéilite glandulaire

état précancéreux est surtout due aux auteurs de langue espagnole (BEJARANO, COVISA, GAY PRIETO) qui, au Congrès de Copenhague (1930) déclarent qu'ils « ont observé jusqu'à présent tous les degrés de dégénérescence maligne d'une lèvre avec chéilite, depuis le simple aspect leucoplasique jusqu'à l'épithélioma végétant ». Mais le premier cas de dégénérescence néoplasique a été signalé par PUENTE en 1927, ainsi que le note CALVET dans sa thèse (Paris 1934). En France, sur 49 observations de chéilites réunies par TOURAINE, on note 23 dégénérescences malignes. Les proportions indiquées par les divers auteurs sont assez variables :

— 3/10e des cas pour BEJARANO.
— 1/1 pour JORDAN.
— 4/5e pour MICHOLOWSKI.

La fréquence de cancérisation selon l'âge semble être maxima autour de 40 ans :

TOURAINE relève 7 cas de 41 à 50 ans.
6 cas de 51 à 60 ans.
5 cas de 61 à 70 ans.
1 cas à 84 ans.

Mais si l'on considère l'ensemble des observations publiées, cet âge varie de 32 à 62 ans en moyenne.

Comme la majorité des cancers des lèvres, le cancer des chéilites glandulaires est essentiellement spino-cellulaire, à de rares exceptions près, puisqu'il est développé aux dépens du canal excréteur des glandes salivaires aberrantes et de l'ostium infundibulaire de sortie, qui sont tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié.

Ainsi, c'est surtout par leurs complications que les chéilites glandulaires simples revêtent un pronostic réservé, non pas du fait de l'infection secondaire par pyogènes banaux, mais par la cancérisation de ces états, qui semble la plus fréquente.

Le diagnostic précoce de cette évolution entraîne une sanction thérapeutique précise et... heureuse : l'électro-coagulation ; quand à la destruction prophylactique des glandules salivaires aberrantes, elle s'avère difficile la radiothérapie étant inopérante et l'électrocoagulation en pointes fines nécessitant de nombreuses séances et laissant des cicatrices. TOURAINE envisage l'exérèse de toute la zone des dépressions de la muqueuse et des grains de plomb intralabiaux.

En résumé, la conduite doit être prophylactique au départ et viser à assurer une bonne hygiène de la bouche et des dents ; l'évolution doit être suivie de près afin d'intervenir dès les premiers signes de cancérisation. Ces considérations revêtent une particulière importance en pays Nord-Africain où l'opportunité des consultations préventives n'échappe à personne, si l'on songe que la majorité des musulmans ne se présente dans un service spécialisé qu'à un stade où leurs lésions atteignent un degré de malignité et d'irreversibilité qui rend vaine toute thérapeutique.

2. — *PLAQUES DE LEUCOPLASIE*

A côté des chéilites glandulaires, on doit faire place, dans le cadre des états précancéreux de la lèvre aux plaques de leucoplasie. Nous avons pu

dénombrer, dans notre statistique, 4 cas de cancer labial développé sur plaque de leucoplasie. Des observations étudiées, il semble ressortir que le cancer développé sur plaque de leucoplasie soit caractérisée par une éclosion relativement lente (6 ans dans 1 cas, 3 ans 1/2 dans un autre).

Mais la syphilis ne se rencontre pas seulement sous forme d'états précancéreux locaux mais aussi dans des lésions mixtes où son association avec le cancer est vérifié soit histologiquement, soit par le traitement d'épreuve. La confirmation histologique consiste en une réaction lympho-plasmocytaire du stroma, coexistant avec des images néoplasiques.

Nous retrouvons dans 3 de nos observations cette association de la syphilis et du cancer :

Dans le premier cas, il s'agit d'un Musulman B... Mohamed, hospitalisé le 31-3-1951 pour ulcération superficielle de l'hémi-lèvre inférieure gauche. La sérologie étant positive, un traitement anti-luétique est associé au traitement de la néoplasie (Radiothérapie et curage ganglionnaire).

Le second cas est celui d'un Musulman également, Z... Bachir (voir fig. 3, planche III) hospitalisé le 29-5-1952 et présentant alors une tumeur bourgeonnante de la lèvre inférieure propagée aux commissures et au menton et datant d'un an. Une biopsie pratiquée le 6-6-1952 révèle « leucoplasie fortement kératinisante et infiltrat plasmocytaire du chorion. Syphilis possible ». Un traitement anti-luétique (pénicilline-bismuth) institué à la date du 19-6-1952, malgré une sérologie négative, provoque une régression notable de la tumeur. Une biopsie, pratiquée le 6-7-1952, affirme la malignité du processus en montrant une image « d'épithélioma malpighien spino-cellulaire avec infiltrat plasmocytaire périvasculaire dans le stroma ». (n° 7 114 C).

Mais si l'observation clinique et certains faits

expérimentaux, paraissent souligner le rôle cancérigène de la syphilis, il convient, comme pense Mr. le Pr. MONTPELLIER « d'examiner avec beaucoup d'éclectisme ces relations entre syphilis et cancer ». En effet, comme l'écrit l'auteur dans son ouvrage « L'état précancéreux » (Alger 1941) « on sait qu'en Afrique du Nord la syphilis est extrêmement fréquente, tandis que le pourcentage de la cancérose n'est certainement pas plus élevé chez l'indigène qu'en France ».

3. — *LE ROLE DE LA TUBERCULOSE*

Le rôle de la tuberculose est encore moins affirmé dans notre statistique : un seul cas peut être rapporté où une lésion bourgeonnante de la commissure gauche chez un musulman (voir fig. 1 et 2, planche V) a pu prêter à discussion avec un épithélioma non confirmé histologiquement. L'exérèse chirurgicale de la lésion a été suivie de guérison totale.

Comme le montre Mme DUMAZER dans sa thèse « Tuberculose et Cancer » (Alger, 1940), il semble que l'action carcinogène de la tuberculose, relève uniquement de l'aptitude pour cette infection bacillaire d'entretenir des foyers locaux d'inflammation essentiellement lente et chronique ». Au total, il semble que l'action de la bacillose soit moins marquante que celle de la syphilis, maladie au cours de laquelle les processus néo-formatifs et constructifs sont particulièrement accusés. Tout au plus, a-t-on l'impression clinique que les formes bourgeonnantes se voient plus en

milieu tuberculeux et chez les malades d'origine Kabyle.

A côté de ces états spécifiques — syphilis et tuberculose — à expression anatomique ou humorale, le rôle de certains facteurs biochimiques semble moins probant dans nos observations où nous notons dans 2 cas seulement sur 40 une cholestérolémie élevée (Mme S... Maria (obs. XXX) : 2,45 ; et A... Ben Azouz (obs. VIII) : 2,14).

En conclusion nous pouvons dire que, chéilites glandulaires et leucoplasies, syphilis et tuberculose sont les principales composantes locales ou générales qui constituent les facteurs de la cancérose labiale.

A. — LES FACTEURS EXOGENES DE CANCERISATION

La place des facteurs exogènes dans l'étiopathogénie du cancer a été diversement interprétée par les auteurs.

A côté du tabac chinois et de la chique de bétel qui en Indochine, sont des facteurs indiscutables de la cancérose labiale, on a signalé le rôle des ulcérations par chicots, l'irritation locale inhérente à certaines professions (tailleurs de chanvre, gaveurs de volailles) et enfin l'influence des brûlures. Nous ne retiendrons, à la lueur de notre statistique, que ce dernier facteur.

L'épithélioma sur brûlure est une notion désormais classique. Toutefois le rapport de cause

à effet nécessite la constatation de la brûlure, le développement du cancer sur l'aire de la brûlure, l'absence de signes antécédents. Enfin, l'analyse histologique doit affirmer la variété spino-cellulaire de la néoplasie.

Nous relevons dans notre statistique un cas dans lequel une brûlure par cigarette survenue en 1944 chez un Européen de 33 ans (T... Gabriel, K 168-51) est à l'origine d'une ulcération de la lèvre inférieure (versant muqueux) qui, après une évolution très lente ayant duré 8 ans, dégénère en cancer vérifié par le cyto-diagnostic et la biopsie (voir observation, chapitre I). La radiothérapie de contact a été suivie, après une séance, de guérison complète.

C. — FACTEURS LOCAUX

1. — *Suc de figue*

Un facteur particulier — local pourrait-on dire — a été suspecté dans un seul cas, ce qui limite sa valeur : c'est le rôle du suc de figue. L'interrogatoire d'un malade musulman (obs. 1) (1) nous a permis d'apprendre qu'après la consommation de figues fraîches, tous les habitants d'une tribu dont faisait partie le sujet, ont présenté une tuméfaction labiale, qui aurait dégénéré chez ce dernier. Ce rôle du suc de figue nous a été également signalé dans le Sud Oranais où une variété de figues aurait provoqué une tuméfaction labiale avec fissurations.

2. — *Carences vitaminiques*

Enfin les carences vitaminiques en milieu

(1) *Voir page 121.*

musulman (avitaminoses A et B) peuvent constituer des facteurs prédisposants à la cancérose labiale.

D. — REPARTITION SELON LE SEXE ET L'AGE

La répartition selon le sexe est assez variable. Pour JOYEUX (le cancer au Sud Viet Nam. Institut du Cancer de Hanoï) les femmes semblent souvent moins atteintes que les hommes, avec toutefois une extension plus fréquente aux joues, expliquée par l'usage du « masticatoire » de bétel. Par contre WARD (Surgery 1950) précise que sur 259 cas traités, il ne note que 8 cas de cancer chez la femme.

Dans notre statistique comportant 40 cas, nous relevons 7 cas seulement de cancers de la femme (dont 4 localisés à la lèvre supérieure). Dans deux de ces cas, les malades, musulmanes, présentent des stigmates nets de syphilis.

La notion d'âge est également assez variable. IMBERT, situe cette affection entre 60 et 70 ans. Pour JOYEUX, l'âge moyen des épithéliomas malpighiens est de 54 ans pour les hommes, et 57 ans pour les femmes. Dans notre statistique, l'âge des malades varie de 27 à 75 ans, avec une fréquence maxima située autour de 50 ans.

Ainsi, à travers les multiples circonstances étiopathogéniques semblant présider à l'éclosion du cancer des lèvres, il ne semble illogique de conclure avec certains auteurs dont IMBERT, à la possibilité d'une prédisposition humorale transmise héréditairement.

Chapitre V

TRAITEMENT DU CANCER DES LEVRES

Par ses caractères locaux et ses modalités métastatiques le traitement du cancer des lèvres est double : traitement physique ou chirurgical de la lésion initiale et traitement des métastases.

Ici, comme pour les divers cancers, la chirurgie et les agents physiques demeurent les principales ressources du point de vue thérapeutique. Mais ce sont surtout les modalités de ces thérapeutiques qui légitiment la présente étude. A ce point de vue, les nouvelles conceptions chirurgicales appliquées au C.A.C. d'Alger seront exposées de même que sera ébauché un aperçu sur l'essai de traitement biochimique des néoplasies labiales.

A. — *TRAITEMENT DE LA LESION INITIALE*

Le traitement de la lésion initiale est conditionné par le stade auquel est vue la tumeur et par son aspect.

a. — L'électrocoagulation a la faveur des dermatologistes qui voient la lésion plus près de son stade de début. Cette méthode a été utilisée dans deux cas seulement au C.A.C., vu l'état généralement avancé du processus tumoral à la première consultation des malades. Les tumeurs labiales ont été le plus souvent justiciables de la curiethérapie (aiguillage), de la radiothérapie ou de la résection chirurgicale.

C'est exceptionnellement que nous avons employé, immédiatement avant l'aiguillage, l'électro-coagulation pour réduire les dimensions de la tumeur, celà à l'instar de ce que nous faisons volontiers dans le cancer de la langue. Il y a ainsi réduction de volume de la masse tumorale et économie dans l'étendue de l'aiguillage. Mais, recommandation d'un caractère impératif absolu, l'aiguillage doit suivre à l'instant même l'action si dangereuse de l'électro-coagulation, quand elle ne détruit pas tout le tissu néoplasique. (Profr. DUBOUCHER).

b. — L'aiguillage a été utilisé, selon les données classiques, dans les lésions assez volumineuses, bourgeonnantes surtout ; en effet les applications de surface, nécessitant de grosses doses, risquent de provoquer une radionécrose du maxillaire.

La technique de l'aiguillage radifère est très précise ; elle constitue une véritable intervention chirurgicale, sous anesthésie locale ou générale. Elle s'effectue en une séance, de telle façon que l'irradiation soit aussi homogène que possible. On emploie des aiguilles de 1 ou 2 mmg. de radium, dont le nombre est fonction de l'étendue de la

tumeur. Comme elles ne comportent point de filtres, il faut compter avec les risques de radionécrose. Aussi les aiguilles doivent-elles être enfoncées en tissu sain, en bordure de la tumeur, et être bien enfoncées ; un milligramme de radium détruisant 1 millicurie en 5 jours 1/2, les aiguilles sont généralement laissées en place pendant une durée suffisante pour détruire 50 à 70 millicuries au total.

Nous employons, le plus souvent au C.A.C., 12 auguilles de 2 mmg, laissées en place pendant 10 jours.

Dans notre statistique, 16 malades ont subi l'aiguillage. Nous avons généralement constaté une fonte notable des lésions, mais les risques de radionécrose, parfois observés, limitent la méthode aux tumeurs exubérantes et soulignent l'intérêt de la radiothérapie anti-inflammatoire préalable (100 r en général en deux séances).

c. — Les tumeurs ulcéreuses sont plus volontiers justiciables de la radiothérapie. Nous avons employé dans 13 cas des doses moyenne de 4000 r en feu nu ou filtré dans les cas de tumeurs franchement ulcéreuses. Les formes bourgeonnantes ne constituant pas une indication à l'aiguillage radifère sont également irradiées avec des résultats parfois très nets. (Voir fig. 3 planche VII le résultat du traitement de Z... Kaci dont, on peut apprécier nettement la régression de la tumeur qu'il présentait à l'entrée et dont on a pris un cliché planche I fig. 1).

d. — La contactothérapie a été employée chez 3 de nos malades :

Chez l'un (M. T... Gabriel, K 168/51) elle a été suivie de guérison complète d'une ulcération très limitée et superficielle évoluant depuis 8 ans.

Dans le second cas elle a été instituée après électrocoagulation d'une lésion croûteuse de la lèvre supérieure (Mme S... Maria, K 4/52).

Dans les tableaux ci-après, nous dressons la liste des cas traités par radium-ponction en indiquant la forme anatomique des tumeurs, la durée de l'aiguillage et les résultats obtenus.

NOMS	ASPECT MACROSCOPIQUE	DUREE de l'aiguillage et nombre de MCD	RESULTATS
Mme L... Rosaline K 46/52	Ulcération croûteuse paramédiane de la lèvre supérieure.	4 aig. de 2 mmg. du 12-2 au 22-2-52 14,480 MCD	Cicatrisation presque complète. Lésions de radionécrose secondaire.
S... Omar K 137/51 Fig. 2, pl. 1 Fig. 3, pl. VI	Vaste lésion bourgeonnante de la région labio-mentonnière.	du 7-12 au 17-12-51 65,16 MCD	Nettoyage de la région massif maxillaire découvert. Nécrose osseuse paramédiane. Bourgeonnement en régression.
B... Mohamed K 144/51	Ulcération superficielle hémi - lèvre inférieure gauche.	du 25-4 au 5-5-51 Traitement anti-luétique préalable	Bonne cicatrisation de la plaie.
F... Ahmed K 106/51	Tumeur ulcéro - végétante L.I. (versant cutanéo-muqueux).	du 11-5 au 19-5-51 34,652 MCD	Régression de la lésion locale mais extension au menton par perte de l'épiderme.

LEGENDE : L. I. : lèvre inférieure.
L. S. : lèvre supérieure.

NOMS	ASPECT MACROSCOPIQUE	DUREE de l'aiguillage et nombre de MCD	RESULTATS
A... Ben Azouz K 227/51	Tumeur ulcéro - végétante L.I. (versant cutanéo-muqueux).	du 27-8 au 8-9-51 40 MCD	Lèvre en bonne voie de cicatrisation au 27-9-51.
S... Aïssa K 288/52 Fig. 1, pl. 11	Ulcération bourgeonnante hémi-lèvre supérieure droite.	du 30-10 au 8-11-51 32,58 MCD	Le 6-12-51, radium-dermite superficielle; 18-4-52 excellent état local.
B... Chérif K 147/51 Fig. 1 et 2, pl. VI	Tumeur bourgeonnante hémi - lèvre inférieure droite.	du 18-4 au 25-4-51 34,752 MCD	29 - 11 - 51, cicatrisation parfaite de la lèvre avec légère fissuration.
O... Saïd K 286/52 Fig. 3, pl. V	Epithéliomatose diffuse de la face avec atteinte des lèvres.	42,354 MCD auparavant : RX, vitamines B2 et PP pénicilline	7 - 6 - 52, cicatrisation quasi définitive des lésions.

NOMS	ASPECT MACROSCOPIQUE	DUREE de l'aiguillage et nombre de MCD	RESULTATS
N... Khouta K 401/52	Tumeur ulcéro - infiltrante sillon naso-génien, L.S., commissure gauche.	21 aig. de 2 mmg. du 14 au 27-1-53 56,01 MCD	Amélioration ; curage prévu.
M... Bakhouche K 330/52	Tumeur bourgeonnante lèvre inférieure.	10 jours (Mars 53) 43,44 MCD	30 mars 1953 : Régression partielle
M... Abdelkader K 193/52	Tumeur bourgeonnante à siège cutanéo-muqueux de la lèvre inférieure.	du 5-3 au 15-3-53 43,44 MCD	Le bourgeonnement a disparu mais réaction inflammatoire importante avec suppuration. Le 24-7-52 : frottis non malin.
Z... Bachir K 219/52 Fig. 3, pl. III	Tumeur bourgeonnante et ulcérée de la lèvre inférieure, propagation aux commissures et au menton.	du 27-5 au 4-8-52 70,59 MCD traitement anti-syphilitique préalable	Régression notable de la tumeur.

NOMS	ASPECT MACROSCOPIQUE	DUREE de l'aiguillage et nombre de MCD	RESULTATS
L... Aïssa K 218/52 Fig. 2, pl. IV	Tumeur bourgeonnante et infiltrante de la lèvre supérieure.	du 27-6 au 11-7-52 70 MCD	Décédé en cours de traitement.
Y... Maddehouni K 89/52	Ulcération paramédiane ed la lèvre inférieure.	du 28-4 au 8-5-52 18,10 MCD	Nette amélioration.
B... Aïcha K 394/52	Tumeur bourgeonnante atteignant la commissure et s'étendant jusqu'à 2 cm. de la commissure gauche.	du 1-12 au 12-12-52 9 aig. de 2 mmg. 4 aig. de 3 mmg. 59.84 MCD	Au 12-12-52 : après pose des aiguilles, nécrose progressive de la tumeur; à la date du 12-12-52, le bourgeonnement a disparu en presque totalité, il persiste une ulcération limitée en avant par un rebord induré ; aux extrémités, par un reliquat du bourgeonnement primitif.
B... Omar 84 ans (communiqué par Dr SEROR)	Néo de la région médiane de la lèvre inférieure.	12 aig. du 2 mmg.	Nette amélioration.

Les appareils moulés extra ou endo buccaux n'ont pas été utilisés au C.A.C. d'Alger.

Par contre la radiothérapie sur la lésion primitive a été utilisée avec des résultats satisfaisants dans 6 cas (Voir fig, 3 pl. VII et comparer avec fig. 1 pl. 1 ; voir également fig, 2 pl. VII et comparer avec fig. 2 pl. II ; voig fig. 1 pl. VII et comparer avec fig. 3 pl. 1).

e. — Le traitement chirurgical complète chaque fois que cela est possible, les résultats du traitement physique. Parfois il constitue, dans la méthode dite « Monobloc » le temps thérapeutique essentiel comportant l'exérèse de la lésion initiale et le curage bilatéral élargi.

La résection chirurgicale de la tumeur primitive peut être faite selon diverses méthodes :

Le procédé en V, bien que conseillé par MARION dans les tumeurs à leur début quand les adénopathies n'ont pas encore paru, est critiqué par MORESTIN, car il est contraire au mode de propogation anatomique. Toutefois ce procédé conserve des indications (dans plusieurs observations de Mr. le Professeur DUBOUCHER, non comprises dans notre statistique, la lésion épithéliomateuse fut excisée en V et l'une d'elle tenait tout entière dans un champ microscopique). Aussi proposa-t-il en 1903 l'incision trapézoïdale à grande base inférieure. L'ablation de la tumeur doit toujours être large et déborder sur les tissus sains. La reconstitution de la lèvre se fait par divers procédés : comme le dit MORESTIN, chaque malade en particulier exige sinon un procédé spécial, du moins une adaptation à la situation et

des manœuvres plus ou moins familières à l'opérateur. C'est dans ce sens, conclut-il que la chéiloplastie se devine plutôt qu'elle ne s'apprend.

f. — Enfin, une expérience forfuite visant à préciser l'influence de la vitaminothérapie sur les tumeurs nous fait aborder ici, du point de vue hypothétique et expérimental l'étude du mode d'action de certains facteurs chimiques sur les lésions cancéreuses.

Nous rappellerons d'abord les observations sur lesquelles nous édifions notre hypothèse de travail.

La première concerne un Musulman (H... voir fig. 2 pl. III) âgé de 36 ans entré dans le service pour lésion térébrante de la lèvre inférieure avec extension au maxillaire. Histologiquement il s'agit d'un épithélioma sur l'infection duquel le propidon et la radiothérapie n'ont pas eu d'action notable. Aussi essaie-t-on divers traitements et, entre autres, la vitaminothérapie B 2 générale et locale. On a pu ainsi observer un nettoyage de la plaie assez net. L'état avancé des lésions n'a toutefois pas permis de continuer ce traitement.

La seconde observation concerne un Musulman (O... Saïd K 286/52) âgé de 27 ans (voir fig. 3, pl. V) admis au C.A.C. d'Alger le 24-10-1951 pour épithéliomatose multiple de la face avec participation des 2 lèvres. La radiothérapie, instituée seule à partir du 30-10-51 n'avait pas entraîné de modifications notables. A partir du 17-11-1951 on associe aux Rayons X un traitement médical (20 mmg de vitamine B 2 pro die + 5 cg de vitamine PP). On poursuit ce traitement jusqu'au 15-12-1951, on note alors une régression notable des lésions qui sont aiguillées par la suite. A la date du 7 Juin 1952, on constate une cicatrisation quasi-définitive des lésions.

Dans la mesure où l'action de la vitamine B2 a été effective dans les deux cas, comment ex-

pliquer son mécanisme d'action ? On pourrait invoquer, à titre d'interprétation, l'action de la dehydrase entrant dans la constitution de la vitamine B2 et qui agirait comme agent de désamination sur des édifices protidiques perturbés. Toutefois nous ne pouvons émettre ici une opinion ferme mais simplement une hypothèse possible de travail, et nous nous proposons de continuer le cas échéant nos observations.

Il convient par ailleurs de signaler que l'action de la vitamine B2 a déjà été étudiée. On retrouve notamment une publication de THIERS RACOUCHOT et GUILLERMET sous le titre : « Leucokératose fissuraire chronique des lèvres avec épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Action de la Vitamine B2 » (Société française de dermatologie et syphiligraphie. Lyon 20/11/1948). Dans cette publication les auteurs rapportent les effets de la riboflavine intra-veineuse sur des lésions labiales parmi lesquelles seules les ulcérations non cancéreuses furent nettoyées, laissant persister un îlot néoplasique dont la nature maligne put alors être vérifiée par la biopsie. Dans nos observations, par contre nous avons essayé d'étudier le rôle de la vitamine B2 sur les lésions cancéreuses de la lèvre.

B. — *LE TRAITEMENT DES METASTASES*

Mais le traitement de la lésion initiale constitue un temps seulement de la cure radicale. En effet, si le cancer des lèvres à peu d'aptitude à donner des métastases à distance, la multiplicité

et la disposition des voies lymphatiques au niveau de ce segment de l'extrémité céphalique du corps en font un cancer lymphophile par excellence. Nous avons vu la fréquence clinique et histologique de cette métastase ganglionnaire. C'est dire la nécessité dans un traitement complet, du curage ganglionnaire cervical. Cette nécessité au moins très fréquente a été soulignée depuis longtemps déjà.

Les techniques du curage, d'abord partielles et non systématisées, ont subi des modifications assez nombreuses dans le temps pour justifier une étude historique de cette opération dans le cancer des lèvres.

I. — *ETUDE HISTORIQUE*

Dans cette étude, nous nous référerons assez souvent à la thèse consacrée par DUBOIS-ROQUEBERT au « Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux épithéliomas des lèvres et de la langue » (Paris 1924).

Parmi les interventions codifiées, celle de MARION semble être une des premières en date. Cet auteur, dans les tumeurs labiales accompagnées d'adénopathies, fait, au cours d'un premier temps une ablation large de la tumeur, en débordant sur les tissus sains à un centimètre de celle-ci. Dans un deuxième temps, il procède à la reconstitution de la lèvre ; le troisième temps est consacré à l'ablation des ganglions : l'auteur fait parallèlement au bord inférieur du maxillaire et à égale distance de ce bord et de l'os hyoïde, une

incision qui permet l'abord des ganglions sus-hyoïdiens et sous-maxillaires. L'incision de l'aponévrose superficielle permet d'aborder la glande sous-maxillaire qu'on réséque avec les ganglions contenus dans sa loge.

Truffert, élève de SEBILEAU, recommande l'incision ansiforme, en U très ouvert, parallèle et excentrique à l'anse du digastrique. Elle part de la pointe de la mâchoire pour se terminer en arrière sur la face externe de la mastoïde, traversant peau, peaucier et aponévrose cervicale superficielle. Le volet, ainsi constitué se relève jusqu'au bord inférieur de la mâchoire et permet de découvrir la loge de la sous-maxillaire, dont on relève le pôle antérieur, sectionnant entre deux pinces le pédicule facial, au ras de la glande en évitant le facial lui-même.

Mais très vite, les curages ganglionnaires d'un seul côté furent jugés insuffisants, car les récidives fréquentes s'observaient au niveau des ganglions cervicaux de l'un ou de l'autre côté.

En 1908, VON BONSDORFF propose une opération en deux temps en commençant par le temps ganglionnaire. L'incision est assez complexe. De chaque côté du cou, il fait une section parallèle au bord inférieur de la mâchoire, puis une seconde incision partant de la première, à hauteur de l'apophyse mastoïde et suivant le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien jusqu'à son insertion sternale ; enfin, une troisième incision part de l'extrémité inférieure de la seconde et se dirige en dehors en suivant la clavicule. Ces incisions permettaient l'ablation des ganglions

sous-maxillaires et sous-mentaux, de la chaîne ganglionnaire jugulo-carotidienne et des ganglions de la fosse sus-claviculaire.

En 1910, CLARK STEWART, grâce à une incision transversale sus-hyoïdienne, aboutissant de chaque côté à l'angle de la mâchoire, enlève les ganglions, le tissu lymphatique et les deux glandes sous-maxillaires, après ligature des vaisseaux faciaux. Il pratique ensuite l'ablation large de la tumeur labiale qui est enlevée en bloc avec le tissu cellulaire sus-hyoïdien. Il termine par un drainage bilatéral.

En 1913, MORESTIN, dans un article consacré à « l'évidement des gites ganglionnaires cervicaux dans les cancers de la bouche et du pharynx » décrit une technique qui convient d'après lui, en particulier aux cancers à point de départ commissural, qu'il confond, du point de vue thérapeutique avec le cancer des joues. Il enlève les ganglions sous-maxillaires des deux côtés, les ganglions sus-hyoïdiens médians et aussi les ganglions carotidiens et sus-claviculaires du côté malade. « En présence de cancers ulcérés, dit-il, en voie de diffusion rapide, surtout quand ils ont été déjà, ce qui est malheureusement commun l'objet d'interventions sommaires, qui en ont accéléré la marche, on est conduit, dans bien des cas, à l'ablation de la tumeur elle-même, à laquelle il faut joindre l'évidement du creux sous-maxillaire correspondant et la résection de la mâchoire, réservant pour plus tard le curage carotidien et sus-clavivulaire et l'ablation des ganglions sous-maxillaires, du côté opposé. Quand le malade offre une résistance suffisante, on peut tenter

l'opération totale, bien qu'elle soit forcément plus aléatoire et plus grave. On peut encore, en même temps que la tumeur, enlever les ganglions sus-hyoïdiens du côté correspondant, les ganglions sus-hyoïdiens médians et ceux du côté opposé, en gardant pour une séance ultérieure complémentaire l'ablation des ganglions carotidiens et sus-claviculaires du côté de la lésion. Pour les cancers ordinaires de la lèvre on se trouve beaucoup plus à l'aise, du moins, quand les lésions ne sont pas diffuses encore, que les téguments du menton et les maxillaires ne sont pas envahis. Hormis ce dernier cas, on peut, si on le juge à propos, agir séparément sur les ganglions et sur la tumeur.

Dans l'immense majorité des cas, il est possible de tout faire en une fois, attendu que, d'une part la recherche des ganglions n'a pas besoin d'être poursuivie au delà des régions carotidiennes antérieures et d'autre part que les plaies cervicales peuvent être réunies complètement avant de passer au temps labial de l'opération ; les plaies cervicales restant complètement indépendantes de la plaie buccale ».

Cependant, déjà en 1898 CRILE et les auteurs américains sont partisans de l'extirpation large et « en bloc » de la tumeur primitive. CRILE conseille de faire le curage ganglionnaire bilatéral quel que soit le siège de la lésion primitive. Il resèque, en même temps que la tumeur ganglionnaire, le sterno-cleïdo-mastoïdien et les veines jugulaires. Ce qui importe, d'après cet auteur, c'est d'enlever le cancer sans ensemencer la plaie opératoire.

En 1921, SISTRUNK préconise l'ablation sys-

tématique des deux glandes sous-maxillaires. De plus, si les ganglions d'une de ces loges sont envahis, il fait l'ablation en bloc, de ce côté, de toute la chaîne carotido-jugulaire jusqu'à la clavicule, en réséquant le sterno-mastoïdien et l'omo-hyoïdien, en coupant la branche interne du spinal et sacrifiant au besoin la jugulaire interne.

Puis certains chirurgiens conseillent la résection du tissu cellulaire de la région sus hyoïdienne. Parmi eux, DURANTE conseille la technique de MORESTIN avec, en outre, l'extirpation des lymphatiques contenus dans le tissu cellulaire de la région sus-hyoïdienne, anastomosés d'un côté à l'autre et pouvant être envahis par les néoplasmes de la lèvre inférieure. L'auteur précité pratique une incision en fer à cheval longeant le bord inférieur du maxillaire inférieur et prolongée à ses deux extrémités par une incision qui suit le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, descendant au moins jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde et éventuellement plus bas. Il dissèque ce lambeau en ne prenant que la peau seule à l'exclusion du tissu cellulaire sous-jacent. Il taille ensuite et dissèque un lambeau qui comprend le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier et la lame conjonctivale sous-jacente, ainsi que l'aponévrose cervicale superficielle. Lorsque ce lambeau a été complètement libéré, il le sèque en sectionnant sa base à hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde. Il termine par l'évidement des loges ganglionnaires sous-maxillaires et carotidiennes.

Ainsi, la notion de curage bilatéral était déjà esquissée depuis le début du 20ème siècle. Au-

jourd'hui c'est une notion et une nécessité classiques.

Au cours de ces curages, l'état des ganglions oblige souvent à pratiquer la résection de la jugulaire interne. Pour des raisons de prudence opératoire, le curage bilatéral classique en deux temps commence toujours par le côté le moins atteint afin de préserver la jugulaire de ce côté.

Ce curage doit comporter, comme le recommandait déjà CRILE en 1906, l'ablation large des muscles et vaisseaux. En fait, il reste des écoles chirurgicales encore conservatrices pour préconiser la préservation du sterno-cléïdo-mastoïdien, de la veine jugulaire et du nerf spinal accessoire.

2. — *LE CURAGE RADICAL*

Aussi, convient-il de poser ici le problème du curage cervical radical en essayant d'abord de le définir. Pour ce faire, il n'est pas inutile de se rapporter à l'article de HAYES MARTIN, BERNADO DEL VALLE, HARRY EHRLICH et WILLIAM CAHAN paru dans la revue « Cancer » (Mai 1951) et traitant du curage cervical.

Pour ces auteurs ; le curage cervical commence sur la ligne médiane et se termine contre le trapèze, comportant le sterno-cléïdo-mastoïdien et la jugulaire. Les techniques actuelles, tout en restant conformes à cette définition du curage radical, comportent des modalités variables suivant les écoles.

INDICATIONS DU CURAGE

Avant de décrire ces techniques, il convient de poser les indications du curage dans le cancer des lèvres, en nous référant à l'article des auteurs américains sus-nommés Ces derniers considèrent, dans le diagnostic de la métastase ganglionnaire, la notion d'assymétrie plus importante que la notion de dimension (sur 200 « monoblocs », ils constatent 17 % d'envahissement histologique avec silence clinique). Ils posent ainsi les indications du curage : «... la lésion initiale doit avoir été enlevée en « monobloc » (bien que certains dissocient le curage de la lésion initiale dont ils ne soucient pas) ».

—«... Il doit y avoir des chances raisonnables de terminer correctement l'opération » ; ils soulignent ici la valeur relative de la notion de fixité et d'opérabilité que l'expérience chirurgicale seule doit préciser.

—«... Il ne doit exister aucune métastase à distance ; le curage peut même être pratiqué à titre symptômatique ».

Le curage doit offrir en outre plus de chances de guérison que les R X, c'est-à-dire que la lésion primitive doit être contrôlable rapidement ou enlevée en même temps.

Ainsi, pour ces auteurs, le curage cervical est la méthode de choix dans la majorité des cas, car la plus directe et la plus rapidement contrôlable. Ils conservent l'irradiation comme traitement initial, comme traitement itératif des réactions ganglionnaires et dans les contre-indications du curage.

3. — *OPPORTUNITE DU CURAGE PROPHYLACTIQUE*

En ce qui concerne le « curage prophylactique » (absence de métastases cliniquement décelables) les statistiques pour et contre s'équivalent. HAYES MARTIN et ses collaborateurs se sont livrés à une enquête parmi 75 praticiens et portant sur les cancers des lèvres et de la langue. Ils retiennent 237 cas où les ganglions étaient cliniquement indemnes donc justiciables du traitement prophylactique ; 16 cas seulement (6,25 %) auraient bénéficié de ce traitement. JOHN MODLIN (Dissection du cou dans le cancer de la lèvre. American Journal of Surgery Aout 1950 n° 2) pense que : « pourvu que l'on pratique un système efficace pour suivre les malades,... l'opération habituelle d'une dissection du cou précoce ou prophylactique chez les malades atteints de cancer de la lèvre n'est pas justifiée ». Dans un mémoire adressé à l'Académie de Chirurgie notre maître le Dr SEROR, analysant l'argumentation de MARTIN souligne les faits suivants :

1. — L'évolution préexistante de la lésion locale est certes, un gros argument contre le traitement chirurgical de l'adénopathie. Mais la persistance d'un foyer cancéreux dans un gîte ganglionnaire peut être de nature à entretenir la virulence du foyer initial.

2. — L'apparition de métastases contro-latérales qui pour MARTIN, est une preuve de l'inutilité du traitement préventif est, pour nous, une raison supplémentaire en faveur de l'opération prophylactique. MARTIN estime négligeables les

chiffres d'utilité certaine du curage prophylactique (6,25 % pour la lèvre) ; or il reconnait lui-même avoir une mortalité opératoire de 3 %. Il nous apparait donc que la systématisation du curage prophylactique expose à pratiquer quelques interventions qui se seraient avérées inutiles peut-être, mais aboutit à guérir 3,25 % de plus de cancer des lèvres.

L'auteur conclut : « Le curage préventif se justifie donc à nos yeux jusqu'au jour où nous aurons la possibilité de diagnostiquer à coup sûr l'atteinte ou l'intégrité histologique des ganglions tributaires de la lésion initiale. Le curage ne saurait évidemment être recommandé si la lésion génératrice est au-dessus de toute ressource thérapeutique chirurgicale ou par agents physiques ou s'il existe des métastases à distance ».

4. — *LE CURAGE BILATERAL EN UN TEMPS*

a. — *Techniques*

Dans la technique utilisée par HAYES MARTIN et ses collaborateurs (Cancer Mai 1951), le peaucier est conservé évitant ainsi les nécroses et donnant de meilleures cicatrices. La branche inférieure du facial est conservée et le pôle inférieur de la parotide réséqué. Le curage est ensuite commencé par la section des insertions inférieures du sterno-cléïdo-mastoïdien pour préserver le phrénique. L'angle cervical postéro-inférieur est disséqué, le trapèze et les muscles profonds de la nuque dégagés. Le spinal accessoire est sectionné car il se trouve dans une masse ade-

nolymphatique formant le territoire des ganglions sous-digastriques de la chaîne jugulaire interne, les plus constamment atteints.

La dissection sous-digastrique représente le point crucial du curage. La nécessité d'exposer tout le muscle oblige à disséquer le pôle inférieur de la parotide. Certains pratiquent la trachéotomie systématique ; en fait, elle ne semble utile que s'il y a œdème ou section bilatérale des laryngés.

Mais la notion du curage radical semble s'élargir avec MORFIT (Surgery, Février 1952, page 216). Cet auteur précise que le terme « dissection radicale du cou » en est venu à signifier la suppression de toutes les structures mobiles du cou avec exception pour la carotide, les nerfs vague, phrénique, hypoglosse et lingual. Le sacrifice de la veine jugulaire interne avec toutes ses tributaires, du sterno-cléïdo-mastoïdien et du spinal accessoire avec tout le tissu lymphoïde et adipeux est largement pratiqué. Les rapports étroits des lymphatiques cervicaux profonds et de la veine jugulaire interne expliquent que la suppression convenable de ceux-ci nécessite l'ablation de ceux-là.

L'opinion des auteurs américains précités, quant à la bénignité de la résection d'une jugulaire, rejoint l'opinion classique. Quant à la suppression simultanée des deux veines jugulaires, elle est diversement commentée. Pour MORFIT (Surgery, février 1952), les quelques rapports décrivant cette suppression simultanée indiquent un taux de mortalité assez important pour interdire, dans l'état actuel des choses, l'emploi de ce

procédé. Cet auteur s'appuie sur un cas d'EWALD, en 1900, qui effectua la résection des deux jugulaires sur métastase cervicale très étendue. Le malade mourut après intervention et EWALD attribua le décès à un « trouble vaso-moteur ».

Par contre, HAYES MARTIN, et ses collaborateurs (Cancer Mai 1951) décrivant les complications du curage cervical bilatéral, affirment que la résection bilatérale de la jugulaire n'est pas mortelle. Sur 66 curages bilatéraux, ils ne rapportent aucun cas de mort. Ils expliquent ce résultat par le fait que le sang cérébral emprunte de multiples voies de retour et, parmi elles, les veines vertébrales, condyliennes, occipitales, ophtalmiques, les plexus pharyngés, pterygoïdiens.

En 1950, GINS et GRIER affirmaient que l'occlusion des jugulaires en deux temps était inoffensive. BATSON arrivait à la même conclusion, en pratiquant l'occlusion simultanée. En fait, devant l'incertitude des résultats globaux, il est plus prudent de ne pas envisager la résection des deux jugulaires qui parait incompatible avec une circulation encéphalique normale.

b. — *Avantages*

Mais le curage cervical bilatéral en un temps avec résection de la jugulaire la plus atteinte conserve tous ses droits et parait devoir prendre le pas sur les méthodes classiques en deux temps.

Cette méthode semble avoir eu comme précurseur VON BONSDORF qui, en 1908, préconi-

sait une technique de curage bilatéral que nous avons déjà rapportée. Plus près de nous MORFIT, dans la revue Surgery (Février 1952 p. 216) écrit sous le titre « Curage cervical bilatéral en un temps ». « Beaucoup de cancers de la lèvre... se rencontrent à la partie médiane et métastasient par conséquent aux deux côtés du cou... Dans de telles conditions il est possible que des cures puissent être tentées par des dissections bilatérales simultanées du cou ».

Notre maître le Docteur SEROR souligne et précise les avantages de la méthode dans une communication sur « le curage ganglionnaire cervical en un temps » (Bulletin Algérien de Carcinologie n° 14, année 1952 page 208). L'auteur écrit entre autre : « Le curage bilatéral s'impose dans un nombre considérable de cas de néoplasies buccales. Au cours de ces curages, l'état des ganglions nous oblige souvent à pratiquer la résection de la jugulaire interne. Si la résection de cette veine est anodine d'un côté, la résection bilatérale, incompatible avec la circulation encéphalique ne peut être envisagée ».

L'auteur rappelle la technique classique du curage bilatéral en deux temps, primitivement pratiqué au Centre Anticancéreux d'Alger.

Le curage est commencé par le côté le moins atteint pour préserver la jugulaire, le deuxième côté étant opéré une vingtaine de jours plus tard. L'incision pratiquée était généralement l'incision en H que DUBOUCHER emploie pour le curage ganglionnaire du cancer de la langue. Le curage intéressait des deux côtés la glande sous-maxillaire et tous les ganglions de la chaîne carotido-

jugulaire, y compris le sous-digastrique. Du côté le plus atteint la résection du sterno-cléïdo-mastoïdien et de la jugulaire interne était pratiquée.

Mais ainsi que le souligne notre Maître le Docteur SEROR, cette méthode en deux temps appelle de nombreuses critiques : outre la longueur des soins à l'hôpital et la difficulté de convaincre le malade à accepter des interventions répétées, il convient de noter que, dans l'opération classique en deux temps, le premier temps opératoire s'arrête sur la ligne médiane, au niveau de la région sous-mentonnière. Or, à ce niveau, sous un derme épaissi, il existe un réseau lymphatique très riche, largement anastomotique qu'on résèque dans de mauvaises conditions et au cours duquel on ouvre largement un réseau envahi.

D'autre part le curage unilatéral et limité, comporte parfois des incidences fâcheuses sur l'évolution de la tumeur initiale, comme peut le laisser supposer l'observation suivante :

Un malade Musulman M... Bakhouche âgé de 78 ans, est hospitalisé au C.A.C. le 1-10-52 pour tumeur bourgeonnante de l'hémi-lèvre inférieure droite du volume d'une noisette, dont le début remontait à 18 mois. (Examen anatomo-pathologique n° 7835 C : épithélioma malpighien spino cellulaire). L'existence d'une adénopathie cervicale gauche (ganglions sous-maxillaires et jugulaires) fait pratiquer un curage partiel de la région intéressée, le 16-10-52. L'examen anatomo-pathologique des ganglions révèle une « image d'hyperplasie réactionnelle mais pas de processus néoplasique sur les coupes ». (N° 7897 C du 16-10-52. Dr. MUSSINI MONTPELLIER). Après cicatrisation le malade sort. Convoqué un mois après, il refuse le curage cervical droit. Mais devant l'accroissement de sa tumeur labiale, il revient consulter au C.A.C. en Mars 1953 : à ce moment la lèvre inférieure entière est le siège d'une tumeur bourgeonnante envahissant la commissure gauche (Voir fig. I et 2 Pl. VIII).

On note une micro adénopathie cervicale et sous angulo-maxillaire droite.

Le Cancer aigu peut évidemment expliquer une telle évolution de la tumeur labiale chez notre malade. Mais les circonstances nous ayant contraint à pratiquer un curage unilatéral, sans traitement préalable de la lésion locale, nous ne pouvons à coup sûr éliminer l'influence de cette intervention restreinte, ce qui souligne encore la nécessité formelle des interventions élargies et bilatérales d'emblée.

Dans le but d'éviter ces multiples inconvénients, l'intervention en un temps a été envisagée au C.A.C. d'Alger chez un certain nombre de malades, cette opération permettant au surplus un meilleur curage de la région sous-mentonnière et une appréciation de l'état de la chaîne jugulaire ganglionnaire sans surprise possible. La lésion originelle est traitée environ quinze jours après, ce qui raccourcit considérablement la durée des soins.

Les indications de ce procédé sont actuellement limitées aux lésions labiales médianes ou para-médianes. La description d'ensemble de la technique opératoire a été magistralement faite par DUVAL, REDON, DUCUING. Nous nous bornerons à souligner quelques points de détails se rapportant à notre conception particulière.

c. — *Techniques utilisées au C.A.C. d'Alger*
Le « Monobloc »

La technique primitivement adoptée est la suivante : on pratique une incision en Y com-

prenant une première ligne coudée, allant d'une mastoïde à l'autre et dont la coudure répond à l'os hyoïde ; au niveau de cette coudure une deuxième incision verticale et médiane est faite à la partie moyenne du cou. On ménage ainsi deux lambeaux latéraux et un lambeau supérieur. On effectue une dissection méthodique des divers plans : les deux loges sous-maxillaires sont évidées ; le pôle inférieur de la parotide reséqué. Suivant l'état des ganglions, le curage comporte ou non la résection de la jugulaire du côté le plus atteint.

Notre statistique comporte 9 cas de curage bilatéral en un temps selon le procédé décrit. Dans trois cas on a entrepris simultanément le curage cervical et l'exérèse de la tumeur labiale : au cours d'une intervention dite « Monobloc », on a effectué la résection en trapèze de la tumeur primitive, avec reconstitution de la lèvre en trois plans.

Le premier cas est celui d'un Européen M.. Joseph âgé de 75 ans qui présentait une ulcération médiane de la lèvre inférieure (Epithélioma malpighien spino-cellulaire). L'intervention est pratiquée le 22-2-1952. Aucun prélèvement ganglionnaires ne comportait de métastase. Le malade sort guéri le 13-3-52. Il est revu périodiquement et présente, jusqu'à présent, un excellent état local et général (Voir fig. 3 Pl. VIII).

Le deuxième cas concerne un Musulman Ch... âgé de 50 ans qui présentait une tumeur mélanique bourgeonnante et siègeant sur la région cutanéo-muqueuse de la lèvre inférieure (Voir fig. I Planche III). On note une importante adénopathie sous-mentale et sterno-cléido-mastoïdienne. Le monobloc est pratiqué le 14-3-52 (Dr. SEROR). On modifie, en raison de l'importance de l'adénopathie, l'incision habituelle en Y et on fait une incision en H, la branche transversale étant horizontale et sous-hyoïdienne. La jugulaire est reséquée à droite.

On arrive à la ménager à gauche au cours d'une dissection minutieuse et difficile. Le curage, très étendu, ramène de gros ganglions, allant jusqu'à la base du crâne. Après le temps ganglionnaire on pratique la résection en trapèze de la lèvre au bistouri électrique et on procède à une reconstitution en trois plans. Au cours de l'intervention, on prélève un ganglion mélanique et un ganglion jugulaire qui à l'examen anatomo-pathologique (N° 6 568 bis 19-3-52) se révèlent être le siège d'un foyer de tuberculose caséeuse.

Le troisième cas concerne un Musulman M... Amar présentant à l'entrée une tumeur bourgeonnante de la lèvre inférieure occupant toute l'hémi-lèvre droite jusqu'à 5 mm de la commissure, pseudo-pédiculisée et d'aspect framboisiforme. Cette tumeur semblait développée à partir de la muqueuse labiale exclusivement. On constatait en outre une adénopathie bilatérale à prédominance droite. On entreprit la résection de la lèvre en monobloc (18-6-52. Dr. SEROR) avec curage bilatéral simultané (voir fig. 1. Pl. IX, après traitement). La nature maligne de la tumeur initiale avait été contrôlée par le cyto-diagnostic (N° 5273 du 7-6-52) et la biopsie (N° 7 155 du 11-6-52), Par contre l'examen anatomo-pathologique des ganglions cervicaux montre simplement une forte hyperplasie lymphoïde, mais pas d'épithélioma. Le malade sort le 10-10-52, nettement amélioré et demeure sous surveillance périodique.

Dans les 6 autres cas on entreprit d'abord le curage cervical bilatéral. (Voir observations VII, VIII, XXV, XXVI, XXIX et XXXI).

MODIFICATIONS DE L'INCISION

Mais dans l'incision en Y à pied vertical et médian nous avons pu constater que la nutrition des lambeaux au niveau des angles, surtout lorsque l'on resèque le peaucier, n'est pas parfaite et des zones de sphacèle limitées apparaissent.

Nous avons, depuis, utilisé une incision en X,

utilisable dans toutes les variétés : d'une verticale axiale partent en haut et en bas deux prolongements divergents, se dirigeant en haut vers les mastoïdes, en bas vers les angles externes du creux sous-claviculaire. Le décollement des lambeaux constitue un temps long et fastidieux. La coagulation électrique est appréciable à condition que le peaucier double la face profonde de la peau. Ce dernier peut être conservé dans le curage palliatif ; dans les autres cas il doit être reséqué.

Le curage proprement dit débute toujours au niveau de la frontière postéro-externe, le long du bord externe du trapèze ; l'hémostase doit être systématique, par fils appuyés tout le long du bord externe du muscle ; progressant vers l'intérieur, on met à nu le plexus brachial et le bord externe du scalène antérieur, après avoir reséqué le ventre postérieur de l'omo-hyoïdien.

Dans un deuxième temps, on libère le creux sus-claviculaire en attaquant sur la clavicule elle-même ; on sectionne l'aponévrose cervicale superficielle sur la ligne médiane et on se rabat vers l'extérieur ; arrivé sur le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien, on ouvre la gaîne du muscle en respectant la ligne de réflexion du feuillet externe. Le muscle dégagé, on réséque la chaîne lymphatique jugulaire, avec la plus grande facilité. En dedans du muscle, la dissection libère le ventre antérieur de l'omo-hyoïdien.

On passe au curage de la région sous-mentonnière et de la loge sous-maxillaire. La résection du ventre antérieur du digastrique n'est pas toujours utile.

On arrive au point crucial de la dissection : le curage de la région sous digastrique ; là, nous usons de l'artifice suivant : après avoir reséqué au bistouri électrique le pôle inférieur de la parotide et ligaturé la veine communicante et la jugulaire externe, on poursuit la libération du sterno-cléido-mastoïdien de sa gaine ; on le sectionne à deux centimètres de l'attache mastoïdienne au bistouri électrique, au-dessous de l'arrivée du nerf spinal. Les deux segments du muscle, éloignés l'un de l'autre, permettent de faire passer sous la corde du nerf un ensemble constitué par la glande sous-maxillaire et un paquet cellulo-lymphatique qui se trouvait en dedans du bord interne du sterno-cléïdo-mastoïdien.

La résection du ventre postérieur du digastrique permet alors de voir avec netteté la terminaison de la jugulaire et de faciliter la dissection sous la vue des ganglions de la partie supérieure de la chaîne veineuse et des ganglions de la chaîne du spinal. Le muscle est ensuite suturé par quelques points en X au fil de lin ; l'hémostase contrôlée ; la suture des lambeaux est pratiquée sur un drain en X dont les extrémités sortent par les angles inférieurs rétro-claviculaires.

L'œdème consécutif à ces interventions est assez marqué les premiers jours ; il s'atténue le plus souvent dans un délai de dix jours.

C. — *INDICATIONS DE CHAQUE METHODE THERAPEUTIQUE. DONNEES STATISTIQUES*

Ainsi, à la lueur des divers travaux et des résultats obtenus au C.A.C. d'Alger, les indications

de chaque traitement en matière de Cancer des lèvres semblent être les suivantes :

— Les petites lésions paraissent être justiciables de l'électro-dessication ou de la contactothérapie. Au stade où elles sont vues, l'absence d'adénopathies cliniquement décelables ne permettra en général pas de curage ganglionnaire qui serait à ce moment essentiellement prophylactique. Mais une surveillance clinique rigoureuse et périodique, devra être établie afin de compléter éventuellement le traitement de la lésion initiale par un traitement chirurgical des adénopathies cervicales. Quant à l'irradiation prophylactique des ganglions cervicaux, elle conserve certains adeptes (WIDMAN. Cancer of the lip paru dans Index analyticus cancerologiae. Tome 22. N° 2 ; 1951), mais est loin d'être systématiquement pratiquée. Pour notre part nous lui préférons le curage chirurgical.

— Les lésions bourgeonnantes lorsqu'elles permettent une plastie de la lèvre, seront excisées chirurgicalement. L'évidement ganglionnaire bilatéral en un temps sera pratiqué préalablement ou simultanément, dans la limite des indications de cette technique. Lorsque la tumeur primitive est trop exubérante et adhère aux territoires avoisinants, l'aiguillage sera la méthode de choix, après avoir effectué éventuellement, l'electro-coagulation ou l'exérèse partielle de la tumeur lorsqu'elle est excessivement développée. Mais dans ce cas l'aiguillage devra suivre immédiatement (Voir : traitement de la lésion initiale).

Comme nous l'avons dit la technique de l'aiguillage constitue une intervention chirurgicale.

Les aiguilles devront toujours être enfoncées en tissu sain, en bordure de la tumeur, et bien enfoncées. La radiothérapie anti-inflammataire pourra être instituée préalablement.

— Les tumeurs ulcéreuses sont plus volontiers justiciables de la radiothérapie. Mais actuellement, sous l'impulsion peut-être de BACLESSE au sujet du cancer du sein, les radiothérapeutes semblent faire foi, de façon illégitime dans les vertus d'une radiothérapie largement étalée dans le temps. C'est souvent donner un espoir vain au malade, qu'il s'agisse de cancer de la lèvre ou de la cavité buccale. C'est du moins l'avis de notre Maître Mr. le Professeur DUBOUCHER. Cependant cette opinion ne saurait viser les lésions très circonscrites du début qui peuvent relever de la radiothérapie de contact.

Il est évident que les traitements physiques (radiothérapie ou aiguillage) pourront constituer le premier temps d'une thérapeutique dont le but sera de rendre accessibles à la chirurgie des tumeurs trop exubérantes ou trop adhérentes aux tissus voisins.

Dans tous les cas précités, et, en présence d'adénopathies cliniquement décelables, le curage ganglionnaire garde tous ses droits.

Enfin, les essais de traitements de tumeurs labiales par des agents chimiques, et plus précisément par la vitamine B2 restent encore dans le domaine expérimental et demandent à être étendus dans leurs applications et à être précisées dans leurs modalités.

Ainsi, nous pouvons conclure en nous per-

mettant de constater que le traitement du cancer des lèvres ne doit pas être considéré comme un problème essentiellement radiologique, comme le pense WIDMAN (voir référence ci-dessus), mais comme un problème aux multiples aspects, dont la solution — radiologique, chirurgicale et... même médicale — devra être autant que possible conditionnée par des considérations d'opportunité.

CONCLUSIONS

De l'étude du cancer des lèvres au Centre Anti-Cancéreux d'Alger, il ressort que l'intérêt local que comporte ce sujet se double d'un intérêt de portée plus générale, en ce qui concerne les acquisitions relatives au traitement de ces néoplasies.

1. — En premier lieu, la relative fréquence du Cancer des lèvres, notamment en milieu musulman, est à souligner : en effet, pour les années 1951 et 1952, cette forme de néoplasie vient en tête des tumeurs des voies aéro-digestives supérieures et occupe, par rapport aux cancers des autres organes, le quatrième rang après ceux de la face, des organes génitaux et du sein.

2. — D'autre part, les formes tumorales rencontrées chez les autochtones permettent de souligner une fois de plus le rôle des états précancéreux et des facteurs exogènes de cancérisation pour expliquer l'apparition de ces néoplasies.

3. — De notre travail, il ressort également que la notion d'évolution dans le temps doit céder le pas à la notion de terrain : à ce sujet, il convient de souligner la particulière aptitude évolutive des tumeurs rencontrées chez les musulmans.

4. — Au point de vue étio-pathogénique, à côté des facteurs classiques de cancérisation, il paraît intéressant de souligner l'existence de facteurs locaux d'une part (avitaminoses, suc de figues probablement) et d'affirmer le rôle des chéilites glandulaires. La rareté relative du cancer sur leucoplasie dans notre statistique, mérite également d'être soulignée, de même que le rôle éventuel de la tuberculose qui interviendrait dans les tumeurs bourgeonnantes des lèvres.

5. — Enfin, le traitement du cancer des lèvres, bien que classique dans sa conception, évolue dans ses modalités : si la chirurgie et les agents physiques restent conditionnés par des indications d'opportunité quant à leur application au traitement de la tumeur initiale, le traitement chirurgical des adénopathies cervicales consécutives semble s'imposer de plus en plus. La notion de curage bilatéral en un temps s'affirme, en même temps que ses indications sont appelées à s'élargir. Le traitement en une seule séance de la lésion initiale et des métastases cervicales devient une réalité et permet, dans la limite des conditions d'application, une thérapeutique chirurgicale hautement efficace, sous couvert des procédés modernes de l'anesthésie.

PLANCHE I

Fig. I. — Z... Kaci (à l'entrée).

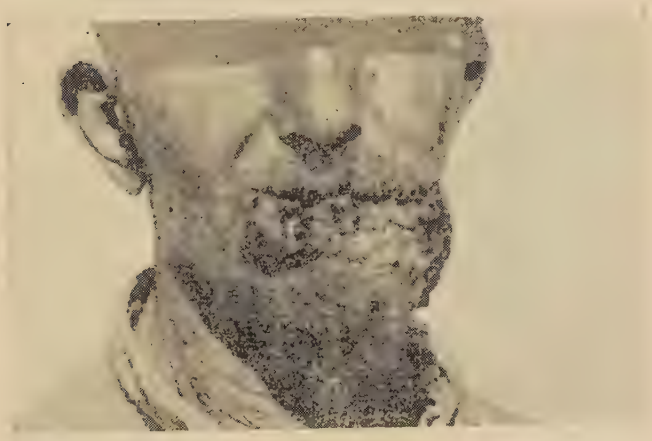

Fig. 2. — S... Omar (à l'entrée).

Fig. 3. — M... Ali (à l'entrée).

PLANCHE II

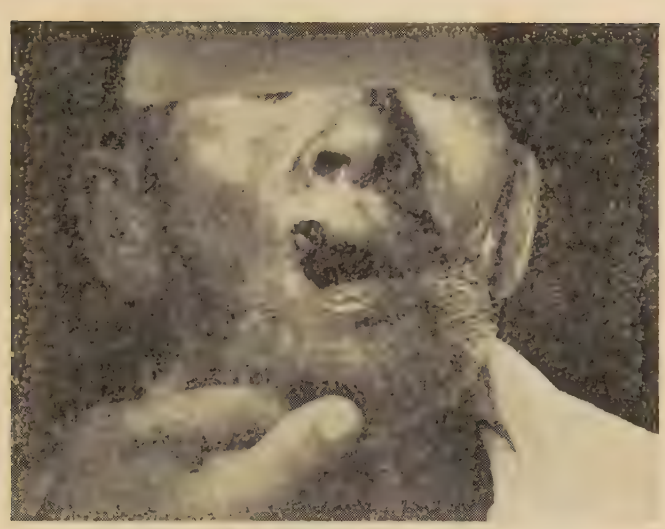

Fig. 1. — S... Ab...

Fig. 2. — K... M'cif.

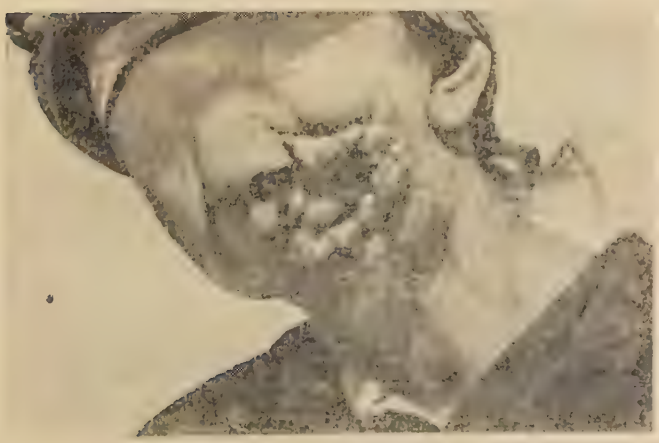

Fig. 3. — M... Khadidja.

PLANCHE III

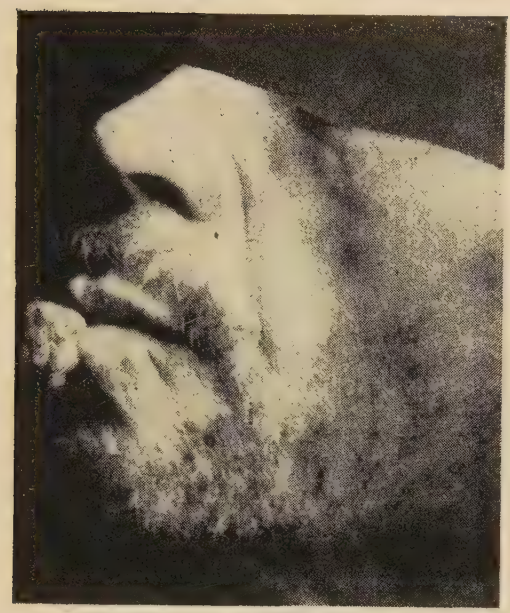

Fig. 1. — Ch... Mohammed.

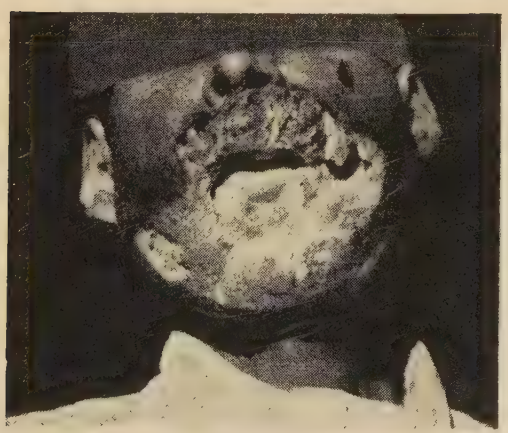

Fig. 2. — H... Mohammed.

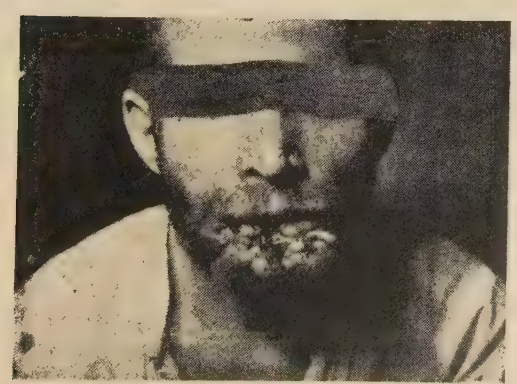

Fig. 3. — Z... Bachir.

PLANCHE IV

Fig. 1. — S... Omar.

Fig. 2. — L... Aïssa.

PLANCHE V

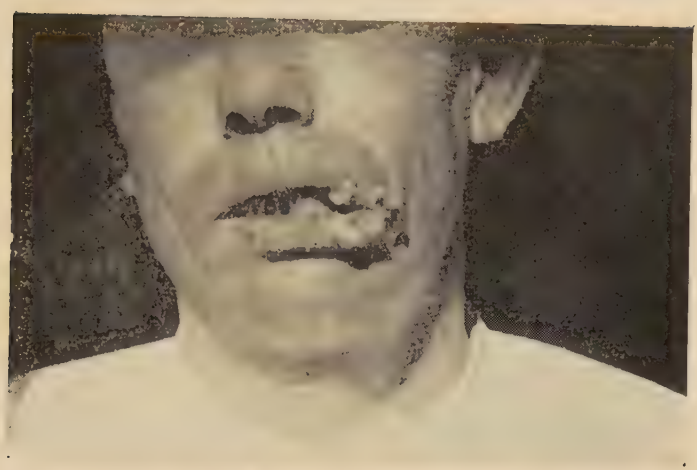

Fig. 1. — B... Mohammed.

Fig. 2. — B... Mohammed (après excision).

Fig. 3. — O... Saïd.

PLANCHE VI

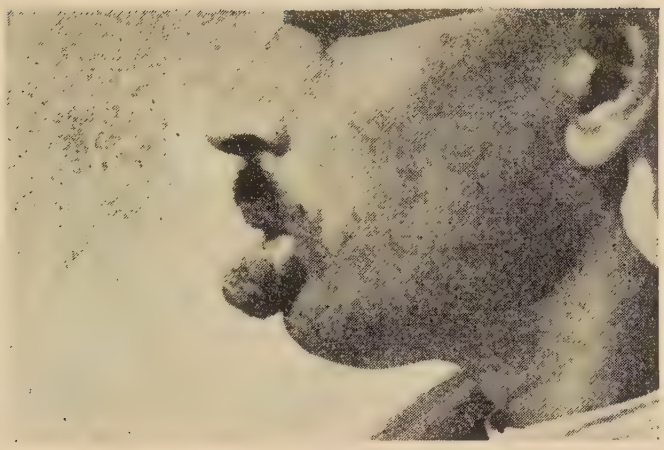

Fig. 1. — B... Cherif (à l'entrée).

Fig. 2. — B... Cherif (après aiguillage).

Fig. 3. — S.... Omar (après aiguillage).
(Voir Fig. 2. Pl. II)

PLANCHE VII

Fig. 1. — M... Ali (après radiothérapie).
Voir Fig. 3. Pl. I.

Fig. 2. — K... M'cif (après radiothérapie).
Voir Fig. 2. Pl. II.

Fig. 3. — Z... Kaci (après radiothérapie).
Voir Fig. 1. Pl. I.

PLANCHE VIII

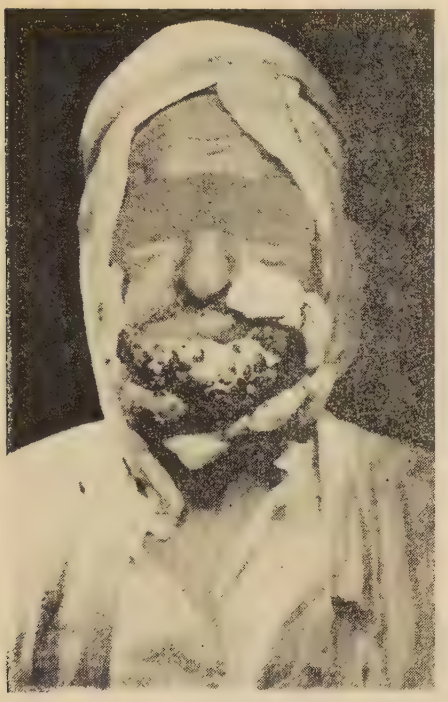

Fig. 1. — M... Bakhouche

Fig. 2. — M... Bakhouche

(la lèvre inférieure est aiguillée).

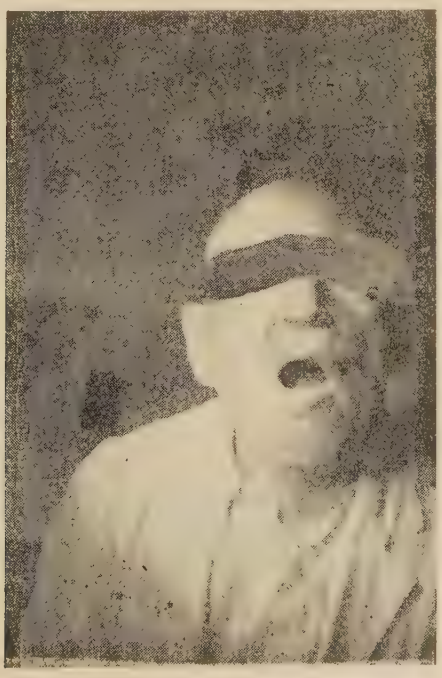

Fig. 3. — M... Joseph (après monobloc).

PLANCHE IX

Fig. 1. — M... Amar (après monobloc).

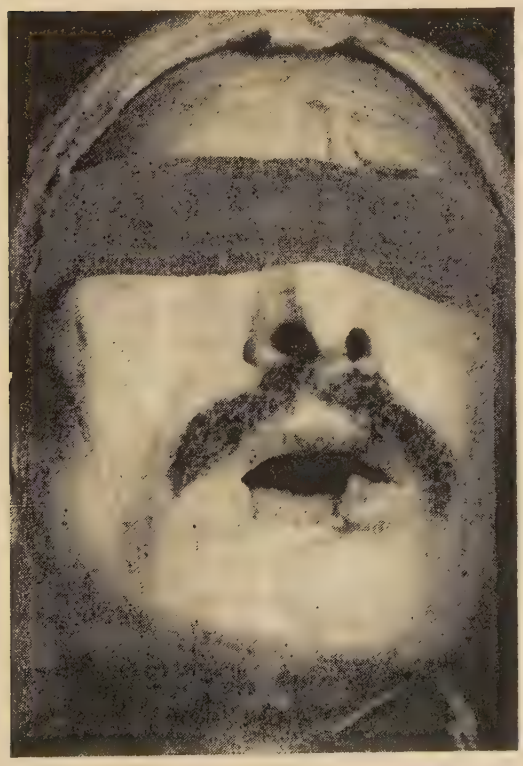

Fig. 2. — A... Salah
après radiothérapie sur la tumeur initiale
et curage cervical bilatéral en un temps.

TABLEAU RECAPITULATIF DES MALADES TRAITES AU C. A. C. D'ALGER en 1951 et 1952

POUR TUMEUR LABIALE

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation I A... Mohammed 54 ans (H.) K 149/51	Ulcération cutanéo-muqueuse (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales	Biopsie-exérèse. Curage cervical gauche.	En mars 1953 : bon état local.
Observation II B... Mohammed 44 ans (H.) K 144/51	Tumeur cutanéo-muqueuse, ulcéro-infiltrante (L.I.) Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous angulo maxillaires gauches.	RX sur la tumeur initiale et aiguillage radifère. Curage cervical.	En avril 1952 : très bonne cicatrisation de la plaie.

LEGENDE : L.I. : Lèvre Inférieure.
L.S. : Lèvre Supérieure.
H : Homme.
F : Femme.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation III El K... 68 ans (H.) K 98/51	Ulcération cutanéo-muqueuse (L.I.) Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous angulo-maxillaires bilatérales.	RX sur la tumeur primitive. Curage cervical bilatéral en 2 temps.	Décédé après sa sortie.
Observation IV F... Ahmed 75 ans (H) K 166/51	Tumeur cutanéo-muqueuse, ulcéro-végétante (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous-maxillaires gauches.	RX et aiguillage de la tumeur primitive. Curage ecrvical gauche. Plastie de la lèvre.	En mars 1953 : guérison locale.
Observation V K... M'cif 35 ans (H) K 64/51	Ulcération muqueuse (L.S.). Epithélioma à cellules peu diffféciées.	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive. Curage cervical bilatéral en 2 temps. Traitement antiluétique.	Avril 1953 : Excellent état local. Plastie de la lèvre proposée.
Observation VI L... Mohammed 55 ans (H)	Ulcération muqueuse (L.I.). Epithélioma intermédiaire.	Jugulaires et sous-maxillaires bilatéral.	Néant.	Bacillaire adressé à un service de phtisiologie. Non revu au C.A.C.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation VII M... Ali 59 ans (H) K 141/51	Tumeur cutanéo-muqueuse ulcéro-végétante (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous-maxillaires et sous-mentales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive. Curage cervical bilatéral en un temps.	Janvier 1952 : excellent état général, cicatrice rétractile sans induration suspecte.
Observation VIII AB... Ben Azouz 40 ans (H) K 227/51	Tumeur cutanéo-muqueuse ulcéro-végétante (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	RX et aiguillage radifère de la tumeur primitive. Curage cervical bilatéral en un temps.	Ne s'est pas présenté aux visites de contrôle.
Observation IX H... 38 ans (H) K 112/51	Ulcération cutanéo-muqueuse térébrante (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive. Vitamine B2.	Décédé.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation X S... Aïssa 65 ans (H) K 288/51	Ulcération cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. S.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	Aiguillage radifère de la tumeur primitive	En 1953 : bon état local.
Observation XI M... Khadidja 75 ans (F) K 175/51	Ulcération cutanéo muqueuse étendue débordant la L.S. Epithélioma basocellulaire.	Non perçues.	RX sur la tumeur primitive.	Juillet 1951 : légère amélioration . Non revue.
Observation XII B... Mohammed 34 ans (H) K 191/51	Tumeur bourgeonnante commissure gauche. Tuberculose probable.	Sous-angulo maxillaires bilatérales.	Exérèse en coin.	Juin 1951 : bon état à la sortie.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XIII B... Chérif 41 ans (H) K 147/51	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous-maxillaires bilatérales et sous-mentales.	RX anti-inflammatoire et aiguillage radifère de la tumeur primitive.	Novembre 1952 : excellent état local. Curage cervical refusé.
Observation XIV S... Yamina 51 ans (F) K 71/51	Ulcération cutanée (L. S.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales droites.	Traitement antiluétique. RX sur la tumeur primitive.	Bonne cicatrisation des orifices narinaires.
Observation XV O... Saïd 27 ans (H) K 286/52	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante des deux lèvres. Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitives. Vitamines B2 et PP. Aiguillage radifère des nodules de la face.	Mai 1952 : régression très nette après vitaminothérapie et aiguillage radifère. Traitement vitaminique poursuivi.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XVI Z... Bachir 34 ans (H) K 219/52	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cercivales bilatérales.	Traitement antiluétique, aiguillage radifère.	Sorti en février 1953. Régression partielle.
Observation XVII F... Halima 71 ans (H) K 90/52	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive (inachevée).	Décédé.
Observation XVIII Abd... Salah 50 ans (H) K 118/52	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive. Curage cervical et bilatéral en un temps.	Perte de substance au niveau de la lèvre qui présente un aspect cicatriciel.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XIX M... Abdelkader (H) K 193/52	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. I.). Epithélioma baso-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	Aiguillage radifère.	Juillet 1952 : Nette amélioration.
Observation XX B... Larbi 45 ans (H) K 127/52	Ulcération cutanéo-muqueuse infiltrante (L.S.). Epithélioma baso-cellulaire.	Sous-maxillaires bilatérales.	Traitement refusé.	
Observation XXI L... Aïssa 58 ans (H) K 218/52	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. S.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous-maxillaires bilatérales.	Aiguillage radifère.	Décédé.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XXII Y... Maddehouni 68 ans (F) K 89/52	Ulcération cutanée (L. I.). Epithélioma baso-cellulaire.	Sous-maxillaires droites jugulo - carotidienne bilatérales sus-claviculaires.	RX (feu nu) sur la tumeur primitve, curage cervical en un temps. Aiguillage radifère.	1953 : bon état local et général.
Observation XXIII Ch... 50 ans (H) K 85/52	Tumeur bourgeonnante (L.I.), Mélanome (siège cutanéo-muqueux).	Sous-mentales et sterno-mastoïdiennes bilatérales.	Monobloc 14-3-52, (curage cervical en 1 temps. Exérèse de la lèvre).	Non revu.
Observation XXIV S... Omar 63 ans (H) K 137/51	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante région labio - mentonnière. Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive. Curage cervical bilatéral en deux temps. Aiguillage radifère.	Avril 1952 : très mauvais état.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XXV Z... Kaci 64 ans (H) K 191/51	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive, curage cervical bilatéral en un temps.	Décédé.
Observation XXVI R... Concetto 68 ans (H) K 215/51	Ulcération muqueuse (L.I.). Ejithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	Curage cervical bilatéral en un temps.	Décédé (embolie pulmonaire).
Observation XXVII T... Gabriel 33 ans (H) K 168/51	Ulcération muqueuse (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous-maxillaires droites.	RX de contact.	Octobre 1951 : guérison complète.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XXVIII P... Maestrati 52 ans (H) K 159/51	Ulcération cutanéo-muqueuse (L.S.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	Electro-coagulation.	Mars 1953 : Etat stationnaire.
Observation XXIX M... Joseph 75 ans (H) K 30/52	Ulcération muqueuse (L.I.). Epithélioma spino-cellulaire.	Sous-maxillaires et sous-mentales bilatérales.	Monobloc.	Mars 1953 : excellent état local et général.
Observation XXX S... Maria 49 ans (F) K 4/52	Ulcération muqueuse des deux lèvres. Epithélioma intermédiaire.	Non perçues.	Electro-coagulation. RX de contact envisagée.	Non revue depuis le 13-2-52.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XXXI L... Rosaline 74 ans (F) K 46/52	Tumeur de la muqueuse, ulcéro-infiltrante (L. I.). Epithélioma baso-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	Aiguillage radifère. Curage cervical sous-mento-bi-sous-maxillaire.	11 - 12 - 52 : Excellent état.
Observation XXXII M... Amar 57 ans (H) K 191-52	Tumeur cutanéo-muqueuse bourgeonnante (L. I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	Monobloc.	1953 : excellent état local.
Observation XXXIII M... Bakhouche 78 ans (H) K 330/52	Nodule cutanéo - muqueux bourgeonnant (L. I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Sous-maxillaires et jugulaires.	Curage cervical gauche.	Février 1953 : accroissement de la tumeur labiale. Aiguillage radifère institué.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XXXIV N... Khouta 65 ans (F) K 401/52	Tumeur cutanée ulcéro-infiltrante (L.S.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Cervicales bilatérales.	Aiguillage radifère, curage cervical prévu.	En coursde traitement.
Observation XXXV H... Ahmed 71 ans (H) K 198/52	Ulcération cutanéo-muqueuse (L.I.). Epithélioma malpighien spino-celluaire.	Cervicales bilatérales.	Résection L.I. après radiothérapie de contact. RX par champs.	Mai 1953 : Bon état local.
Observation XXXVI S... Bakhta 62 ans (F) K 308 52	Ulcération muqueuse (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Ganglion sous-mentonnier (février 1953).	Exérèse en coin. RX prévue.	Février 1953 : Induration de la cicatrice. Curage cervical refusé.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XXXVII H... Fatma 44 ans (F)	Ulcération cutanéo-muqueuse (L.S.). Epithélioma baso-cellulaire.	Non perçues.	RX (feu nu) de la tumeur primitive.	Convoquée pour nov. 1952. N'a pas été revue.
Observation XXXVIII V... Ghiotti 51 ans (H) K 340/52	Ulcération muqueuse (L.I.) sur cicatrice. Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Non perçues.	Exérèse en coin.	Décembre 1952 : bon état local.
Observation XXXIX S... Bakir 68 ans (H) K 311/52	Ulcus rodes (L.S.). Epithélioma baso-cellulaire (versant muqueux).	Cervicales bilatérales.	RX sur la tumeur primitive.	Novembre 1952 : bon état local.

NOM - AGE - SEXE	ASPECT MACROSCOPIQUE et nature histologique	ADENOPATHIES cliniquement décelables	TRAITEMENTS INSTITUES	EVOLUTION
Observation XL S... (H) K 415/52	Ulcération muqueuse (L.I.). Epithélioma malpighien spino-cellulaire.	Non perçues.	RX (feu nu) de la tumeur primitive.	Février 1953 : aspect de la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

VON BONSDORFF. — Traitement du Cancer des lèvres. *(Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, Bruxelles, 1908).*

M. CALVET J. Th. — Un état précancéreux de la lèvre inférieure. « La chéilite glandulaire ». *Thèse Paris 1934.*

CRILE (G. W.). — Cancer des maxillaires, de la langue, des joues et des lèvres. *(Surgery-Gynecology and obstétrics Février 1923, n° 2, p. 159).*

DALE REX CONNAN. — Mechanism of the invasiveness of Cancer. *(Science Avril 1947 vol. 105, n° 2727 p. 347).*

J. DUBOIS-ROQUEBERT. — Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux épithéliomas des lèvres et de la langue. *(Thèse Paris 1924).*

DUCUING. — *Bullet. associat. étude du cancer 1939.*

DUCUING et FABRE. — *Journal de Chirurgie 1939.*

DUCUING FABRE et DAMBIEN. — *Techniques chirurgicales 1935.*

Mme DUMAZER. — Tuberculose et Cancer. *(Thèse Alger 1940).*

GUIS et GRIER. — *Surgery 1950.*

HAYES MARTIN, BERNARDO DEL VALLE, HARRY EHRLICH et WILLIAM CAHAN. — *Cancer. Mai 1951.*

IMBERT. — Cancer des lèvres. *Marseille 1939.*

JOYEUX et NGUYEN VAN NGUYEN. — Le Cancer au Sud Viet-Nam. *(Institut du Cancer de Hanoï 1950).*

LAGROT, GRECO CORIAT et PY. — Epithéliomas cutanés baso-cellulaires traités par exérèse suivie de greffe cutanée. *(Bullet. Algérien de Carcinologie n° 13, 1952).*

JOHN MODLIN. — Neck dissection in Cancer of the lowerlip. *(Surgery Août 1950).*

J.M. MONTPELLIER. — L'état précancéreux *(Alger 1941).*

MORESTIN (H). — Traitement du Cancer des lèvres. *(Bulletins de la Société anatomique, 15 Juillet 1902 et 6 Novembre 1903).*

MORESTIN (H). — L'évidement des gîtes ganglionnaires cervicaux dans les Cancers de la bouche et du pharynx. *(Journ. de Chirurgie t. X n° 36 Juin 1913. p.657).*

MONLONGUET J., MALLET et CERNEA. — Traitement des cancers buccaux interessant le maxillaire inférieur. *(Acta Médica Belgica Fasc. 4-5- vol. 6 1951).*

Mme MUSSINI-MONTPELLIER. — La Biopsie. Sa pratique journalière. *(Cahiers médicaux de l'Union Française Janvier 1949. Fiche N° 1).*

SEROR J. — Le curage ganglionnaire cervical en un temps *(Bulletin Algérien de Carcinologie N° 14, 1952).*

ROUX-BERGER et TAILLEFER. — Presse médicale 1933. *Bullet. asso. étude du Cancer 1939).*

SISTRUNK. — Les résultats du traitement chirurgical du Cancer des lèvres. *(Annals of Surgery n° 5, Mai 1924).*

TAILHEFER. — *Archives institut du radium 1937.*

WARD Grant and JOHN ROBBIN. — Cancer. *Janvier 1951.*

H. THIERS, J. RACOUCHOT et GUILLERMET. — Leucokératose fissuraire chronique des lèvres avec épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Action de la Vitamine B2. *(Société franç. de dermatol. et syphiligraphie. Lyon 20-11-1948).*

TOURAINE (A). — Chéilites glandulaires. *(Presse Médicale 3 Février 1934 ; 8 Octobre 1938 ; 9 Décembre 1950).*

TRUFFERT. — Technique de l'exérèse des ganglions sous-maxillaires. *(Journ. de chirurgie, t XXI ; p. 26).*

WIDMANN. — Cancer of the lip. *(Index analyt. cancérologiae tome 22 n° 2, 1951 et American Journal Roentgenthérapie. Springfield Janvier 1950, 63 n° 1).*

Table des Matières

Pages

INTRODUCTION 23

CHAPITRE I

A. — *DONNEEES STATISTIQUES* 25

B. — *ETUDE ANATOMO-CLINIQUE* 28
1. — Classification anatomique 28
2. — Le Problème des localisations anatomiques .. 29
3. — Les Cancers simultanés des deux lèvres 33

CHAPITRE II

CARACTERISTIQUES HISTOLOGIQUES 37

CHAPITRE III

EVOLUTION DES TUMEURS LABIALES 41
1. — Accroissement de la lésion primitive 42
2. — L'extension aux tissus voisins de la tumeur primitive 44
3. — Métastases régionales 46
4. — Les Métastases éloignées 51
5. — Interprétation physico-chimique 52

CHAPITRE IV

DONNEES ETIO-PATHOGENIQUES 55

a. — Justification de l'étude étio-pathogénique 55

b. — Les facteurs classiques de cancérose labiale .. 56
1. — Chéilites glandulaires 56
2. — Plaques de leucoplasie 62
3. — Le rôle de la tuberculose 64
4. — Les facteurs exogènes de cancérisation 65

c. — Facteurs locaux 66
1. — Suc de figue 66
2. — Carences vitaminiques 66

d. — Répartition selon le sexe et l'âge 67

CHAPITRE V

TRAITEMENT DU CANCER DES LEVRES 69

A. — *Le traitement de la lésion initiale* 69
— Electro-coagulation 70
— Aiguillage 70
— Radiothérapie 71
Contactothérapie 71
— Traitement chirurgical, les procédés 77
— Chimiothérapie : le rôle de la Vitamine B2 78

B. — *Le Traitement des Métastases* 79
1. — Etude historique 80
2. — Le curage radical 85
Indications du curage 86
3. — Opportunité du curage prophylactique 87
4. — Le curage bilatéral en un temps 88

a. — Techniques 88
b. — Avantages 90
c. — Techniques utilisées au C. A. C. d'Alger « Le « Monobloc » 93

C. — *Indications de chaque méthode thérapeutique. Données statistiques* 97

CONCLUSIONS 101
PLANCHES 103
TABLEAU RECAPITULATIF ET OBSERVATIONS.... 121
BIBLIOGRAPHIE 135

Vu :

Le Président du Jury :
H. DUBOUCHER

Le Doyen :
Ch. SARROUY

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 8 Juin 1953

Le Recteur de l'Académie :
P.-E. GAU

ALGER
Imprimerie F. MICHAUD

—

1953